

ANEXO III

Planilla de registro del Paciente con Diabetes Mellitus

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA DE REGISTRO

Año	Trimestre calendario	Fecha / /	Localidad - Provincia	
Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento / /	Edad	Sexo	DNI
N° de beneficiario	Domicilio	Teléfono		

DIAGNÓSTICO DTM1 DTM2 Gestacional Otros

Fecha de diagnóstico DTM / / Edad al diagnóstico Obs. _____

COMORBILIDADES HTA Obesidad Dislipemia Tabaquismo

Fecha de diagnóstico / / / / / / / / / /

EXAMEN FÍSICO

Peso	Kg	Altura	cm	Circunf. Abdominal	cm	IMC
/	/	/	/	/	/	/

COMPLICACIONES (completar solo las respuestas afirmativas con fecha)

CARDIOVASCULARES	Fecha
Hipert. Ventrículo izq.	
Infarto agudo miocárdico	
Stent	
Cirug. revas. miocárdica	
Insuficiencia cardíaca	
Acc. isquémico transitorio	
ACV	
Vasculopatía Periférica	

RENALES	Fecha
Insuf. renal crónica	
Nefropatía	
Diálisis	
TX renal	

OFTALMOLÓGICAS	Fecha
Retinopatía	
Ceguera	

OTRAS	Fecha
Neuropatías	
Úlcera de pie	
Pie diabético	
Amputaciones	
Hipoglucemias	

CONTROLES	Fecha	Valor	Unidades	Observaciones
Glucemia en ayunas				
HbA1C				
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja				
Triglicéridos				
Microalbuminuria				
Creatinina sérica				
Clearance de creatinina				
TA sistólica / TA diastólica				

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	Fecha
Fondo de ojo <input type="checkbox"/> Sin RD (Sin Retinopatía Diabética) <input type="checkbox"/> RDNP (Retinopatía Diabética No Proliferativa) <input type="checkbox"/> RDP (Retinopatía Diabética Proliferativa)	
Exámen de pie <input type="checkbox"/> Realizado (S/N) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	

Firma y sello del médico tratante

Firma y sello auditor médico

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA DE REGISTRO

Año	Trimestre calendario	Fecha / /
-----	----------------------	-----------

TRATAMIENTO / PRESCRIPCIÓN					
Monodroga		Origen	Dosis diaria	Año inicio	Presentación / nombre comercial
Insulina	Corriente	Humana	U.I.		Cartuchos x 3ml
					Lapiceras Prellenadas x 3ml
Insulina	N.P.H	Humana	U.I.		Cartuchos x 3ml
					Lapiceras Prellenadas x 3ml
Insulinas Analógicas - Acción Prolongada	N.P.H		U.I.		Cartuchos x 3ml
					Lapiceras Prellenadas x 3ml
Insulinas Analógicas - Rápidas	N.P.H		U.I.		
Hipogluc. Orales	Metformina		mg		
	Pioglitazona		mg		
	Gliclazida		mg		
	Glimpiride		mg		
	Vildagliptina		mg		
	Sitagliptina		Mg		
			Mg		
		Mg			
Glucagon					
Tiras reactivas			Tiras		
			Tiras		
Otras					
Otros					

OTROS TRATAMIENTOS				
Nombre genérico del medicamento	Unidades x toma	Tomas x día	Tomas x semana	Dosis mensual
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

Fundamentación médica del uso de la medicación indicada _____

ESTILO DE VIDA	Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)
Automonitoreo (S/N) N° veces por día / semana	Educación diabetológica? (S/N)
Actividad Física (S/N)	Plan de alimentación saludable? (S/N)
En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N)	Cumple indicaciones dietarias? (S/N)

Médico tratante _____

Domicilio _____

Localidad - Provincia _____

Firma y sello del médico tratante

Firma y sello auditor médico