

**PLANILLA DE REGISTRO DE
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS
VIGENCIA SEMESTRAL (Resol.948/19 S.S.S.)**

DIABETES MELLITUS HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA REGISTRO																																																	
Año:		Trimestre Calendario:		Fecha: ____/____/____																																													
Hoja 1/2																																																	
NOMBRE Y APELLIDO:																																																	
Nº DE BENEFICIARIO:	DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO:		NRO.:																																														
DOMICILIO:		TE.:																																															
LOCALIDAD - PROVINCIA:																																																	
FECHA DE NACIMIENTO:	Edad:	SEXO: F / M ☐																																															
DIAGNOSTICO:	DTM1 ☐	DTM2 ☐	GESTACIONAL ☐	OTROS ☐																																													
Fecha diagnóstico DTM:		Edad al diagnóstico		Obs: _____																																													
COMORBILIDADES:	HTA ☐	OBESIDAD ☐	DISLIPEMIA ☐	TABAQUISMO ☐																																													
Fecha diagnóstico:																																																	
EXAMEN FISICO:	PESO	ALTURA	CIRCUNF. ABDOMINAL	IMC																																													
Fecha de realización:																																																	
COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CARDIOVASCULARES</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Hipert. Ventrículo Izq.</td><td></td></tr> <tr><td>Infarto Agudo Miocárdico</td><td></td></tr> <tr><td>Stent</td><td></td></tr> <tr><td>Cirug. Revas. Miocárdica</td><td></td></tr> <tr><td>Insuficiencia Cardiaca</td><td></td></tr> <tr><td>Acc. Isquémico Transitorio</td><td></td></tr> <tr><td>ACV</td><td></td></tr> <tr><td>Vasculopatía Periférica</td><td></td></tr> </tbody> </table>	CARDIOVASCULARES	Fecha	Hipert. Ventrículo Izq.		Infarto Agudo Miocárdico		Stent		Cirug. Revas. Miocárdica		Insuficiencia Cardiaca		Acc. Isquémico Transitorio		ACV		Vasculopatía Periférica		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>RENALES</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Insuf. Renal Crónica</td><td></td></tr> <tr><td>Nefropatía</td><td></td></tr> <tr><td>Diálisis</td><td></td></tr> <tr><td>TX Renal</td><td></td></tr> </tbody> </table>	RENALES	Fecha	Insuf. Renal Crónica		Nefropatía		Diálisis		TX Renal		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>OTRAS</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>NEUROPATIAS</td><td></td></tr> <tr><td>ULCERA DE PIE</td><td></td></tr> <tr><td>PIE DIABETICO</td><td></td></tr> <tr><td>AMPUTACIONES</td><td></td></tr> <tr><td>HIPOGLUCEMIAS</td><td></td></tr> </tbody> </table>	OTRAS	Fecha	NEUROPATIAS		ULCERA DE PIE		PIE DIABETICO		AMPUTACIONES		HIPOGLUCEMIAS		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>OFTALMOLOGICAS</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Retinopatía</td><td></td></tr> <tr><td>Ceguera</td><td></td></tr> </tbody> </table>	OFTALMOLOGICAS	Fecha	Retinopatía		Ceguera	
CARDIOVASCULARES	Fecha																																																
Hipert. Ventrículo Izq.																																																	
Infarto Agudo Miocárdico																																																	
Stent																																																	
Cirug. Revas. Miocárdica																																																	
Insuficiencia Cardiaca																																																	
Acc. Isquémico Transitorio																																																	
ACV																																																	
Vasculopatía Periférica																																																	
RENALES	Fecha																																																
Insuf. Renal Crónica																																																	
Nefropatía																																																	
Diálisis																																																	
TX Renal																																																	
OTRAS	Fecha																																																
NEUROPATIAS																																																	
ULCERA DE PIE																																																	
PIE DIABETICO																																																	
AMPUTACIONES																																																	
HIPOGLUCEMIAS																																																	
OFTALMOLOGICAS	Fecha																																																
Retinopatía																																																	
Ceguera																																																	
CONTROLES	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES																																													
Glucemia en ayunas																																																	
HbA1C																																																	
LDLc Control asoc. a lipoproteína de baja																																																	
Triglicéridos																																																	
Microalbuminuria																																																	
Creatinina sérica																																																	
Clearence de Creatinina																																																	
TA sistólica / TA diastólica																																																	
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS				FECHA																																													
Fondo de ojo ☐ Sin RD ☐ RDNP ☐ RDP																																																	
Sin RD: sin retinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDP: retinopatía diabética proliferativa																																																	
Exámen de pie ☐ Realizado (S/N) ☐ Normal ☐ Aterado																																																	
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO																																																	

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA REGISTRO

Año: Trimestre Calendario: Fecha: ____/____/____ Hoja 2/2

TRATAMIENTO / PRESCRIPCION

ORIGEN/PRESENTACION				DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION / NOMBRE COMERCIAL	
MONODROGA						POTENCIA + FORMA FARMAC.	
Insulina	Corriente	Humana		U.I		Cartucho x 3 ml	
						Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulina	N.P.H.	Humana		U.I		Cartucho x 3 ml	
						Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulinas Análogas - Acción Prolongada				U.I		Cartucho x 3 ml	
				U.I		Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulinas Análogas - Rápidas							
				U.I			

PRESENTACION		DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION / NOMBRE COMERCIAL
MONODROGA	POTENCIA + FORMA FARMAC.			
METFORMINA		Mg		
PIOGLITAZONA		Mg		
GLICLAZIDA		Mg		
GLIMEPIRIDE		Mg		
VILDAGLIPTINA		Mg		
SITAGLIPTINA		Mg		
		Mg		
		Mg		
GLUCAGON				
TIRAS REACTIVAS	SANGRE	tiras		
TIRAS REACTIVAS	ORINA	tiras		
LANCETAS		lancetas		
AGUJAS		agujas		
OTROS				
OTROS				

OTROS TRATAMIENTOS

NOMBRE GENERICO MEDICAMENTO	UNIDADES X TOMA	TOMAS X DIA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

FUNDAMENTACION MEDICA DEL USO DE LA MEDICACION 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)

MEDICO TRATANTE:

MATRICULA TIPO Y NUMERO	ESPECIALIDAD:
DOMICILIO:	TEL:
LOCALIDAD - PROVINCIA:	

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO