

# PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

Resolución N° 948/19-Ministerio de Salud de la Nación

## HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

AÑO: \_\_\_\_\_ SEMESTRE CALENDARIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
 DNI: \_\_\_\_\_ CUIL: \_\_\_\_\_  
 N° de Socio: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO

Diabetes Tipo 1  Tipo 2  Dbt gestacional  Otros tipos   
 Fecha diagn.: \_\_\_\_\_ Edad al momento del diagn.: \_\_\_\_\_ Obs: \_\_\_\_\_

### COMORBILIDADES

HTA  Obesidad  Dislipemia  Tabaquismo   
 Fecha diagnóstico: \_\_\_\_\_

### EXÁMEN FÍSICO

Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Circunf. abdominal \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_  
 Fecha de realización: \_\_\_\_\_

### COMPLICACIONES

(Completar SOLO las respuestas AFIRMATIVAS colocando la FECHA)

CARDIOVASCULARES	FECHA	RENALES	FECHA	OTRAS	FECHA
Hipertrofia ventricular izq		Insuf. renal crónica		NEUROPATIAS	
Infarto agudo miocardio		Nefropatía		ULCERA DE PIE	
Stent		Diálisis		PIE DIABETICO	
Cirugía Revas.Miocárdica		TX Renal		AMPUTACIONES	
Insuficiencia cardíaca				HIPOGLUCEMIAS	
Acc.Isquémico transitorio		<b>OFTALMOLOGICAS</b>			
ACV		Retinopatías			
Vasculopatía periférica		Ceguera			

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

Fondo de ojo:  Sin retinoplastia diabética  Rinoplastia diabética no proliferativa  Rinoplastia diabética proliferativa  
 Exámen de pie: Realizado? SI  NO  Fecha: \_\_\_\_\_ Normal  Alterado

\_\_\_\_\_  
Médico tratante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello médico auditor

# DIABETES MELLITUS

## HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

AÑO: \_\_\_\_\_ SEMESTRE CALENDARIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO/PRESCRIPCIÓN

MONODROGA	ORÍGEN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION/NOMBRE COMERCIAL
Insulina	Corriente	Humana	U.I.	Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3
Insulina	N.P.H	Humana	U.I.	Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3
Insulinas Análogas Acción prolongada			U.I.	Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3
Insulinas Análogas Rápidas			U.I.	
Hipoglucemiantes orales	METFORMINA		Mg.	
	PIOGLITAZONA		Mg.	
	GLICLAZIDA		Mg.	
	GLIMEPIRIDE		Mg.	
	VILDAGLIPTINA		Mg.	
	SITAGLIPTINA		Mg.	
GLUCAGON				
TIRAS REACTIVAS		tiras		
		tiras		
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:				
<b>ESTILO DE VIDA</b>		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:				
DOMICILIO		TEL:		
LOCALIDAD - PROVINCIA				

\_\_\_\_\_  
Médico tratante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello médico auditor