

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: ____/____/____ Hoja 1/2

Apellido y nombre . ____

DNI: Tipo: ____ Número ____ CUIL: ____

Nro. Afiliado: ____ OBRA SOCIAL: ____

Nacionalidad ____ Edad ____ F. Nacimiento ____/____/____ Sexo: ____

Domicilio : ____ Nro. ____

Localidad ____ Provincia: ____

Teléfono ____ E-mail: _____

DIAGNOSTICO DIABETES Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Dbt gestacional ☐ Otros tipos: ☐

Fecha diagnóstico: ____/____/____ Edad al momento del diagnóstico: ____/____/____ Obs: _____

COMORBILIDADES HTA ☐ OBESIDAD ☐ DISLIPEMIA ☐ TABAQUISMO ☐

Fecha diagnóstico

EXAMEN FISICO PESO ALTURA CIRCUNF. ABDOM 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		OFTALMOLOGICAS			
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 retinopatía diabética ☐ Retinopatía diabética no proliferativa ☐ Retinopatía diabética proliferativa ☐

Fecha: ____/____/____

EXAMEN DE PIE: Realizado? SI ☐ NO ☐ Fecha: ____/____/____ Normal ☐ Alterado ☐

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO MEDICO AUDITOR

DIABETES MELLITUS
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

AÑO: _____ SEMESTRE CALENDARIO: _____ FECHA: ____/____/____ Hoja 2/2

Apellido y nombre: _____

TRATAMIENTO / PRESCRIPCION					
MONODROGA	ORIGEN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION/NOMBRE COMERCIAL	
Insulina	Corriente	Humana	U.I.		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulina	N.P.H	Humana	U.I.		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulinas Análogas Acción prolongada			U.I.		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulinas Análogas Rápidas			U.I.		
Hipoglucemiantes orales	METFORMINA		Mg.		
	PIOGLITAZONA		Mg.		
	GLICLAZIDA		Mg.		
	GLIMEPIRIDE		Mg.		
	VILDAGLIPTINA		Mg.		
	SITAGLIPTINA		Mg.		
			Mg.		
			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:				
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:				
DOMICILIO		TEL:		
LOCALIDAD – PROVINCIA				

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO MEDICO AUDITOR