

Formulario Diabetes Mellitus

Historia Clínica Prescripción Médica - Ficha de Registro

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Año	Trimestre del Calendario	Fecha

Hoja 1/2

Datos del Asociado

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido y Nombres	Edad	Sexo	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	Documento de Identidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Asociado	Tipo	Número	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio Particular	Celular	Localidad /Provincia	

Diagnóstico

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DTM1	DTM2	Gestacional	Otros	Fecha Diagnóstico DTM	Edad al Diagnóstico	Observaciones

Comorbilidades

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HTA	Fecha Diagnóstico	Obesidad	Fecha Diagnóstico	Dislipemia	Fecha Diagnóstico	Tabaquismo	Fecha Diagnóstico

Examen Físico

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	Fecha de Realización	Altura	Fecha de Realización	Circunf. Abdominal	Fecha de Realización	IMC	Fecha de Realización

Complicaciones (completar solo las respuestas afirmativas, con fecha)

Cardiovasculares	Fecha	Renales	Fecha	Otras	Fecha
Hipert. Ventrículo Izqu.	/ /	Insuficiencia Renal Crónica	/ /	Neuropatías	/ /
Infarto Agudo Miocárdico	/ /	Nefropatía	/ /	Úlcera de Pie	/ /
Stent	/ /	Diálisis	/ /	Pie Diabético	/ /
Cirug. Revas Miocárdica	/ /	TX Renal	/ /	Amputaciones	/ /
Insuficiencia Cardíaca	/ /			Hipoglucemias	/ /
Acc. Isquémico Transitorio	/ /	Oftalmológicas	Fecha		
ACV	/ /	Retinopatía	/ /		
Vasculopatía Periférica	/ /	Ceguera	/ /		

Controles

Controles	Fecha	Valor	Unidades	Observaciones
Glucemia en Ayunas	/ /			
HbA1C	/ /			
LDLc Colesterol asoc. a Lipoproteína de baja	/ /			
Triglicéridos	/ /			
Microalbuminuria	/ /			
Creatinina Sérica	/ /			
Clearence de Creatinina	/ /			
TA Sistólica / TA Diastólica	/ /			

Estudios Complementarios

Estudios Complementarios	Fecha
Fondo de Ojo Sin RD: Sin Retinopatía Diabética	<input type="checkbox"/> Sin RD <input type="checkbox"/> RDNP <input type="checkbox"/> RDP RDNP Retinopatía Diab. No Proliferativa RDP Retinopatía Diabética Proliferativa
Examen de Pie	<input type="checkbox"/> Realizado (S/N) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado

Firma y Sello Médico Tratante

Firma y Sello Auditor Médico

Historia Clínica
Prescripción Médica - Ficha de Registro

Año

Trimestre del Calendario

/ /
Fecha

Hoja 2/2

Tratamiento / Prescripción

Monodroga	Origen	Dosis Diaria	Año de Inicio	Presentación / 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			U.I.	Cartuchos x 3 ml
- Acción Prolongada			U.I.	Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulinas Análogas			U.I.	
- Rápidas			U.I.	
Hipogluc. 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 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

Nombre y Apellido	Teléfono
Domicilio	Localidad/Prov.

Firma y Sello Médico Tratante _____

Firma y Sello Auditor Médico _____