

# Formulario Diabetes Mellitus

Historia Clínica  
Prescripción Médica - Ficha de Registro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Año

Trimestre del Calendario

Fecha

Hoja 1/2

## Datos del Asociado

Apellido y Nombres	Edad	Sexo	Fecha de Nacimiento
			/ /
Número de Asociado	Documento de Identidad	Tipo	Número
Domicilio Particular	Celular	Localidad /Provincia	

## Diagnóstico

DTM1	DTM2	Gestacional	Otros	/ /	Fecha Diagnóstico DTM	Edad al Diagnóstico	Observaciones

## Comorbilidades

HTA	/ /	Obesidad	/ /	Dislipemia	/ /	Tabaquismo	/ /

## Examen Físico

Peso	/ /	Altura	/ /	Circunf. Abdominal	/ /	IMC	/ /

## 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	/ /	<b>Oftalmológicas</b>			
ACV	/ /	Retinopatía		/ /	
Vasculopatía Periférica	/ /	Ceguera		/ /	

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

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

# Formulario Diabetes Mellitus

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) Nº 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.