

# 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  
 Documento de Identidad     Tipo     Número     CUIL del Beneficiario  
 Domicilio Particular     Celular     Localidad / Provincia

### Diagnóstico

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

### Comorbilidades

HTA     /  /  Fecha Diagnóstico     Obesidad     /  /  Fecha Diagnóstico     Dislipemia     /  /  Fecha Diagnóstico     Tabaquismo     /  /  Fecha Diagnóstico

### Examen Físico

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	/ /	<b>Oftalmológicas</b>	<b>Fecha</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	/ /			
Clearance de Creatinina	/ /			
TA Sistólica / TA Diastólica	/ /			

Estudios Complementarios	Fecha
Fondo de Ojo <input type="checkbox"/> Sin RD <input type="checkbox"/> RDNP <input type="checkbox"/> RDP Sin RD: Sin Retinopatía Diabética    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	/ /

**Importante:** Este formulario debe ser completado y presentado cada 6 meses.

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	
Lancetas			Lancetas	
Agujas			Agujas	
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.

**Importante:** Este formulario debe ser completado y presentado cada 6 meses.

Firma y Sello Médico Tratante \_\_\_\_\_

Firma y Sello Auditor Médico \_\_\_\_\_