

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

Número de Asociado

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 | / / | Oftalmológicas | | Sí <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> | |
| ACV | / / | Retinopatía | / / | No <input type="checkbox"/> | |
| Vasculopatía Periférica | / / | Ceguera | / / | | |

| 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 | / / | | | |
| Relación Albúmina / Creatinina en Orina Matinal | / / | Realizado <input type="checkbox"/> No Realizado <input type="checkbox"/> | | |

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

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

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 | 1. Metformina | | | mg | | | |
| | 2. Pioglitazona | | | mg | | | |
| | 3. Sulfonilureas | Gliclazida | | mg | | | |
| | | Glipizida | | mg | | | |
| | | Glimepirida | | mg | | | |
| | 4. iDPP4 | Vildagliptina | | mg | | | |
| | | Sitagliptina | | mg | | | |
| | 5. iSGLT2 | Empagliflozina | | mg | | | |
| | | Canagliflozina | | mg | | | |
| | | Dapagliflozina | | mg | | | |
| | 6. Otros | | | 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