

Formulario Diabetes Mellitus

Historia Clínica Prescripción Médica - Ficha de Registro

 / /

Año

Trimestre del Calendario

Fecha

Hoja 1/2

Datos del Asociado

<input type="text"/>		<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"/>	<input type="text"/>
Número de Asociado	Tipo	Número	CUIL del Beneficiario	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Localidad /Provincia
Domicilio Particular		Celular		

Diagnóstico

<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"/> / <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"/> / <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		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	/ /			
Clearance 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	<input type="checkbox"/> Sin RD RDNP Retinopatía Diab. No Proliferativa	<input type="checkbox"/> RDNP RDP Retinopatía Diabética Proliferativa	/ /
Examen de Pie	<input type="checkbox"/> Realizado (S/N)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
	Sensación Protectora	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente

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

Firma y Sello Médico Tratante _____

Firma y Sello Auditor Médico _____

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				
Hipopolipemiantes				
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 _____