

Resol 948 /2019 – ANEXO II

PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

Historia Clínica / Prescripción Médica / Fecha de Registro situación: Hoja 1/2

Año:		Trimestre Calendario:		FECHA:	
Nombre y Apellido:					
Nro. Beneficiario:		Documento de identidad:		Tipo:	Nro:
Domicilio:				Tel.	
Localidad:		Provincia:			
Fecha Nacimiento:		Edad:		Sexo:	
Diagnostico:	DTM1:	DTM2:	Gestacional:	Otros:	
Fecha Diagnóstico DTM:		Edad al Diagnóstico:		Observaciones:	
Comorbilidades:	HTA:	Obesidad:	Dislipemia:	Tabaquismo:	
Fecha de Diagnóstico:					
Examen Físico:	Peso:	Altura:	Circunferencia Abdominal:		IMC:
Fecha de Realización:					

COMPLICACIONES: (Completar solo las respuestas afirmativas con fecha)

CARDIOVASCULARES	FECHA	RENALES	FECHA	OTRAS	FECHA
Hipert. Ventrículo Izq.		Insuf. Renal Crónica:		Neuropatías:	
Infarto Agudo de Miocardio:		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	Fecha	Valor	Unidades	Observaciones
Glucemia en Ayunas				
HbA1C				
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja				
Triglicéricos				
Microalbuminuria				
Creatinina Sérica				
Clearence de Creatinina				
TA sistólica / TA Diastólica				

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:				Fecha
Fondo de Ojo:	Sin RD:	RDNP:	RDP:	
	Sin Retinopatía Diabética	Retinopatía Diabética no proliferativa.	Retinopatía Diabética proliferativa.	
Examen de Pie:	Realizado: S / N	Normal:	Alterado:	

.....
Firma y Sello Médico Tratante.

.....
Firma y Sello Auditor Médico

Resol 948 /2019 – ANEXO II

PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS
Historia Clínica / Prescripción Médica / Fecha de Registro situación: Hoja 2/2

TRATAMIENTO / PRESCRIPCIÓN

Monodroga		Origen		Dosis diaria:	Año Inicio	Presentación / Nombre Comercial
Insulina:	Corriente	Humana		U.I.		Cartuchos x 3 ml.
				U.I.		Lapiceras prellenadas x 3 ml.

Insulina:	N.P.H.	Humana		U.I.		Cartuchos x 3 ml.
				U.I.		Lapiceras prellenadas x 3 ml.

Insulina análogos – Acción Prolongada				U.I.		Cartuchos x 3 ml.
				U.I.		Lapiceras prellenadas x 3 ml.

Insulina análogos – Rápidas.						
				U.I.		

HIPOGLUCEMIANTES ORALES	METFORMINA			Mg.		
	PIOGLITAZONA			Mg.		
	GLICLAZIDA			Mg.		
	GLIMEPIRIDE			Mg.		
	VILDAGLIPTINA			Mg.		
	SITAGLIPTINA			Mg.		

GLUCAGON						
----------	--	--	--	--	--	--

TIRAS REACTIVAS				Tiras		
				Tiras		

OTROS:						
--------	--	--	--	--	--	--

OTROS						
-------	--	--	--	--	--	--

OTROS TRATAMIENTOS:				
NOMBRE GENÉRICO 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 de 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:	
Domicilio:	Tel.:
Localidad:	Provincia:

.....
Firma y Sello Médico Tratante.

.....
Firma y Sello Auditor Médico