

ANEXO III - PLANILLA DE REGISTRO DE PACIENTES CON DIABETES MELITUS
HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA REGISTRO

AÑO: TRIMESTRE CALENDARIO: FECHA: / / OBRA SOCIAL:

Nombre y Apellido: Nro. Beneficiario:

Doc. Tipo: Nro: Domicilio:

Localidad-pcia: Tel.: Fecha Nac.: / / Edad: Género:

Diagnóstico: ☐ DTM1 ☐ DTM2 ☐ Gestacional ☐ Otros ☐ Fecha diagnóstico DTM: / / Edad al diagnóstico:

Observaciones:

Comorbilidades: ☐ HTA ☐ Obesidad ☐ Dislipemia ☐ Tabaquismo Fecha:	Exámen Físico Peso Altura Circunf.abdom. IMC
--	--

Complicaciones (completar sólo las respuestas afirmativas con fecha)

Cardiovasculares	Fecha	Renales	Fecha	Otras	Fecha
Hipert. ventrículo izq.		Insuficiencia renal crónica		Macrovascular	
Infarto agudo miocárdico		Nefropatía		Neuropatías	
Stend		Diálisis		Úlcera de pie	
Cirug. revas. miocárdica		Tx renal		Pie diabético	
Insuficiencia cardíaca				Amputaciones	
Acc. Isquémico transitorio				Hipoglucemias	
ACV					
Vasculopatía periférica					

Controles (últimos 12 meses)	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				

Estudios complementarios	
Fondo de ojo	Fecha
☐ Sin RD ☐ RDNP ☐ RDP	
Exámen de pie	Fecha
☐ Si ☐ No ☐ Normal ☐ Alerado	

Tratamiento / prescripción

Tipo	ORIGEN (marcar)	Droga	Potencia	Dosis x día	Año inicio	Presentación (marcar)	Nombre Comercial
Insulina	☐ corriente ☐ NPH			UI		☐ cartucho ☐ lapicera	
Insulinas análogas	☐ acción prolongada ☐ rápida			UI		☐ cartucho ☐ lapicera	
Hipogluc. Orales	Metformina			mg			
	Pioglitazona			mg			
	Dapaglifozina			mg			
	Empaglifozina			mg			
	Gliclazida			mg			
	Glimepiride			mg			
	Vildagliptina			mg			
	Sitagliptina			mg			
	Glucagon						
	Tiras react.			u.x día			
	Otros						

Nombre genérico	Droga/s	Potencia	Dosis x día	Fundamento médico de la medicación
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

Estilo de vida Actividad física ☐ Si ☐ No De ser fumador, ¿dejó de fumar? ☐ Si ☐ No	Cumple tratamiento farmac. ☐ Si ☐ No Educación diabetológica ☐ Si ☐ No	Plan de aliment. Saludable ☐ Si ☐ No Cumple indic. Dietarias ☐ Si ☐ No
--	---	---

Automonitoreo ☐ Can. de veces al día: Semana:

Médico tratante: Domicilio:

Tel.: Localidad-pcia.:

Firma y sello del médico tratante

Firma y sello del auditor médico