

PLANILLA DE REGISTRO DE PACIENTES

DIABETES MELLITUS HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA REGISTRO

Año:	Trimestre Calendario:	Fecha:

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº de Beneficiario:

Documento de Identidad:	
Tipo:	NRO:

DOMICILIO:	TE:

LOCALIDAD - PROVINCIA:

FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: F / M

DIAGNOSTICO			
DTM1 ☐	DTM2 ☐	GESTACIONAL ☐	OTROS ☐
Fecha diagnóstico DTM	Edad al diagnóstico	Observaciones	

COMORBILIDADES			
HTA ☐	OBESIDAD ☐	DISLIPEMIA ☐	TABAQUISMO ☐
Fecha diagnóstico HTA	Fecha diagnóstico OBESIDAD	Fecha diagnóstico DISPLEMIA	Fecha diagnóstico TABAQUISMO

EXAMEN FISICO			
PESO	ALTURA	CIRCUNF. ABDOMINAL	IMC
Fecha de realización peso	Fecha de realización altura	Fecha circunf. abdominal	Fecha de realización IMC

COMPLICACIONES

(Completar solo las respuestas afirmativas con Fecha)

CARDIOVASCULARES

Hipert. Ventrículo Izq.

Infarto Agudo Miocardio

Stent

Cirugía Revas. Miocárdica

Insuficiencia Cardíaca

Acc. Isquémico Transitorio

ACV

Vasculopatía Periférica

RENALES

Insuf. Renal Crónica

Nefropatía

Diálisis

TX Renal

OFTALMOLOGICAS

Retinopatía

Ceguera

OTRAS

NEUROPATIAS

ULCERA DE PIE

PIE DIABÉTICO

AMPUTACIONES

HIPOGLUCEMIAS

CONTROLES

Glucemia en ayunas

FECHA

VALOR

UNIDADES

OBSERVACIONES

HbA1C

FECHA

VALOR

UNIDADES

OBSERVACIONES

LDLc Colesterol asociado a lipoproteína de baja

FECHA

VALOR

UNIDADES

OBSERVACIONES

Triglicéridos

FECHA

VALOR

UNIDADES

OBSERVACIONES

Microalbuminuria

FECHA

VALOR

UNIDADES

OBSERVACIONES

Creatinina sérica

FECHA

VALOR

UNIDADES

OBSERVACIONES

Clearence de Creatinina

FECHA

VALOR

UNIDADES

OBSERVACIONES

TA sistólica / TA diastólica

FECHA

VALOR

UNIDADES

OBSERVACIONES

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Fondo de Ojo

☐

Sin RD

☐

RDNP

☐

RDP

☐

FECHA:

Exámen de Pie

☐

Realizado (S/N)

☐

Normal

☐

Alterado

☐

FECHA:

TRATAMIENTO PRESCRIPCIÓN

MONODROGA

ORIGEN

DOSIS DIARÍA

AÑO INICIO

PRESENTACIÓN

Insulina Corriente

Humana

☐

Insulina N.P.H.

Humana

☐

Insulina Análoga

Acción Prolongada

☐

Insulina Análoga

Acción Rápida

☐

Hipogluc. Orales

METROFORMINA

☐

PIOGLITAZONA

☐

GLICLAZIDA

☐

GLIMEPIRIDE

☐

VILDAGLIPTINA

☐

SITAGLIPTINA

☐

TRATAMIENTO PRESCRIPCIÓN

MONODROGA

ORIGEN

DOSIS DIARÍA

AÑO INICIO

PRESENTACIÓN

GLUCANON

TIRAS REACTIVAS

OTROS

OTROS

OTROS

OTROS

OTROS TRATAMIENTOS

Nombre genérico medicamento

Antihipertensivos

Unidades por toma

Tomas por día

Tomas por semana

Dosis mensual

Hipolipemiantes

Unidades por toma

Tomas por día

Tomas por semana

Dosis mensual

Antiagregantes

Unidades por toma

Tomas por día

Tomas por semana

Dosis mensual

FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN INDICADA

ESTILO DE VIDA

Cumple tratamiento farmacológico S/N

Automonitoreo S/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 dietarías? S/N