

ANEXO III

PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

DIABETES MELLITUS				
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO				
Año: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Trimestre calendario: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Fecha: __/__/__	Hoja 1/2	
NOMBRE Y APELLIDO: _____				
Nº DE BENEFICIARIO: _____	DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO: _____ NRO.: _____			
DOMICILIO: _____		TE: _____		
LOCALIDAD - PROVINCIA: _____				
FECHA DE NACIMIENTO: _____	Edad: _____	SEXO: F / M <input style="width: 20px;" type="text"/>		
DIAGNOSTICO: DTM1 <input style="width: 20px;" type="text"/>	DTM2 <input style="width: 20px;" type="text"/>	GESTACIONAL <input style="width: 20px;" type="text"/>	OTROS <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Fecha diagnóstico DTM <input style="width: 60px;" type="text"/>	Edad al diagnóstico <input style="width: 40px;" type="text"/>	Obs: _____		
COMORBILIDADES: HTA <input style="width: 20px;" type="text"/>	OBESIDAD <input style="width: 20px;" type="text"/>	DISLIPEMIA <input style="width: 20px;" type="text"/>	TABAQUISMO <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Fecha diagnóstico: <input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>	
EXAMEN FISICO: PESO <input style="width: 40px;" type="text"/>	ALTURA <input style="width: 40px;" type="text"/>	CIRCUNF. ABDOMINAL <input style="width: 40px;" type="text"/>	IMC <input style="width: 40px;" type="text"/>	
Fecha de realización <input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>	
COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)				
CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS
Hipert. Ventrículo Izq.		Insuf. Renal Crónica		NEUROPATIAS
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ULCERA DE PIE
Stent		Diálisis		PIE DIABETICO
Cirug. Revas. Miocárdica		TX Renal		AMPUTACIONES
Insuficiencia Cardíaca				HIPOGLUCEMIAS
Acc. Isquémico Transitorio		OFTALMOLOGICAS	Fecha	
ACV		Retinopatía		
Vasculopatía Periférica		Ceguera		
CONTROLES		FECHA	VALOR	UNIDADES
Glucemia en ayunas				
HbA1C				
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja				
Triglicéridos				
Microalbuminuria				
Creatinina sérica				
Clearance de Creatinina				
TA sistólica / TA diastólica				
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS				FECHA
Fondo de ojo <input style="width: 20px;" type="text"/>	Sin RD <input style="width: 20px;" type="text"/>	RDNP <input style="width: 20px;" type="text"/>	RDP <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Sin RD: sin retinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDP: retinopatía diabética proliferativa				
Exámen de pie <input style="width: 20px;" type="text"/>	Realizado (S/N) <input style="width: 20px;" type="text"/>	Normal <input style="width: 20px;" type="text"/>	Alterado <input style="width: 20px;" type="text"/>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> _____ FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> _____ FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO </div> </div>				

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

Año:

Trimestre calendario:

Fecha: ____ / ____ / ____

Hoja 2/2

TRATAMIENTO / PRESCRIPCION

MONODROGA	ORIGEN		DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION / 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 - Acción Prolongada			U.I		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulinas Análogas - Rápidas			U.I		
Hipogluc. Orales	METFORMINA		Mg		
	PIOGLITAZONA		Mg		
	GLICLAZIDA		Mg		
	GLIMEPIRIDE		Mg		
	VILDAGLIPTINA		Mg		
	SITAGLIPTINA		Mg		
			Mg		
			Mg		
GLUCAGON					
TIRAS REACTIVAS			tiras		
			tiras		
OTROS					
OTROS					

OTROS TRATAMIENTOS

NOMBRE GENERICO MEDICAMENTO	UNIDADES X TOMA	TOMAS X DIA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

FUNDAMENTACION MEDICA DEL USO DE LA MEDICACION INDICADA:

ESTILO DE VIDA

Automonitoreo (S/N) N° veces por día / semana:

Actividad Física (S/N)

En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N)

Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)

Educación diabetológica? (S/N)

Plan de alimentación saludable? (S/N)

Cumple indicaciones dietarias? (S/N)

MEDICO TRATANTE:

DOMICILIO:

TE:

LOCALIDAD - PROVINCIA:

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO III - EX-2019-54039832-APN-GGE#SSS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.