



PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE  
CON DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA/TRATAMIENTO/FICHA DE REGISTRO

Fecha: ...../...../.....

DATOS AFILIATORIOS

Nombre y Apellido: ..... DNI: .....  
Fecha de Nac.: ..... Edad: ..... N° Afiliado: .....  
Domicilio: ..... Tel.: .....  
Localidad: ..... Provincia: .....  
Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Edad: ..... Sexo: ☐ F ☐ M

DIAGNOSTICO

☐DTM1 ☐DTM2 ☐Gestacional ☐OTROS

Fecha de Diagnostico DTM: ..... Edad al diagnostico: .....  
Obs.: .....

COMORBILIDADES (Marque con una x)

☐HTA ☐Obesidad ☐Dislipemia ☐Tabaquismo

Fecha de Diagnostico: ...../...../..... - ...../...../..... - ...../...../..... - ...../...../.....

EXAMEN FISICO

Peso: ..... Altura: ..... Circunf. Abdominal: ..... IMC: .....

Fecha de realización: ...../...../..... - ...../...../..... - ...../...../..... - ...../...../.....

COMPLICACIONES (Completar solo las respuestas afirmativas con fecha)

CARDIOVASCULARES	FECHA
Hipert. Ventrículo Izq.	
Infarto Agudo Miocárdico	
Stent	
Cirug. Revas. Miocárdica	
Insuficiencia Cardíaca	
Acc. Isquémico Transitorio	
ACV	
Vasculopatía periférica	

RENALES	FECHA
Insuf. Renal Crónica	
Nefropatía	
Díálisis	
TX Renal	

OFTALMOLOGICAS	FECHA
Retinopatía	
Ceguera	

OTRAS	FECHA
Neuropatías	
Úlcera de Pie	
Pie Diabético	
Amputación	
Hipoglucemias	

CONTROLES	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas				
HbA1C				
LDLc Colesterol				
Triglicéridos				
Microalbuminuria				
Creatinina Serica				
Clearance de Creatinina				
TA Sistólica				
TA diastólica				

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS			FECHA
Fondo de Ojo:	<input type="checkbox"/> Sin RD	<input type="checkbox"/> RDNP	<input type="checkbox"/> RDP
Sin RD: Sin retinopatía diabética/ RDNP: retinopatía diabética no proliferativa/ RDP: retinopatía diabética proliferativa			
Examen de Pie:	<input type="checkbox"/> Realizado (S/N)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado

Firma y Sello del Profesional

Firma y Sello Auditor



PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE  
CON DIABETES MELLITUS

TRATAMIENTO/ PRESCRIPCION

MONODROGA		ORIGEN	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO	PRESENTACION	
Insulinas		Corriente Humana	U.I		Cartuchos x 3ml	
					Lapiceras x 3ml	
		N.P.H. Humana	U.I		Cartuchos x 3ml	
					Lapiceras x 3ml	
		Análogos –Acción Prolongadas	U.I		Cartuchos x 3ml	
					Lapiceras x 3ml	
		Análogos Rápidas			Cartuchos x 3ml	
					Lapiceras x 3ml	
Hipoglucemiantes Orales		Metformina	Mg			
		Pioglitazona	Mg			
		Gliclazida	Mg			
		Glimepiride	Mg			
		Vildagliptina	Mg			
		Sitagliptina	Mg			
			Mg			
			Mg			
Glucagon			Mg			
Tiras Reactivas			Tiras			
			Tiras			
Otras						

OTROS TRATAMIENTOS	UNIDADES X TOMA	TOMA DIARIA	TOMA SEMANAL	UNIDADES MENSUAL
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

Fundamentación Médica del uso de la medicación indicada:

.....

.....

ESTILO DE VIDA

Automonitoreo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Veces por día:
Actividad física:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
En caso de fumador ¿dejo de fumar?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Cumple tratamiento farmacológico:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Educación Diabetologica:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Plan de alimentación saludable:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Cumple dieta:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Medico tratante: .....

Domicilio: ..... Tel.: .....

Localidad - Provincia: .....

Firma y Sello del Profesional

Firma y Sello Auditor