

PLANILLA DE REGISTRO DE PACIENTES

DIABETES MELLITUS					
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO					
Año: <input type="text"/>		Trimestre calendario: <input 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 type="checkbox"/>	
DIAGNOSTICO:		DTM1 <input type="checkbox"/>		DTM2 <input type="checkbox"/>	
		GESTACIONAL <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/>	
Fecha diagnóstico DTM		Edad al diagnóstico		Obs: _____	
COMORBILIDADES:		HTA <input type="checkbox"/>		OBESIDAD <input type="checkbox"/>	
		DISLIPEMIA <input type="checkbox"/>		TABAQUISMO <input type="checkbox"/>	
Fecha diagnóstico:		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
EXAMEN FISICO:		CIRCUNF. ABDOMINAL <input type="text"/>		IMC <input type="text"/>	
PESO <input type="text"/>		ALTURA <input type="text"/>			
Fecha de realización		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)					
CARDIOVASCULARES		RENALES		OTRAS	
Fecha		Fecha		Fecha	
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			
ACV		Fecha			
Vasculopatía Periférica		Retinopatía			
		Ceguera			
CONTROLES		FECHA		VALOR	
				UNIDADES	
				OBSERVACIONES	
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 type="checkbox"/>		Sin RD <input type="checkbox"/>		RDNP <input type="checkbox"/>	
				RDP <input type="checkbox"/>	
Sin RD: sin retinopatía diabética		RDNP: retinopatía diabética no proliferativa		RDP: retinopatía diabética proliferativa	
Exámen de pie <input type="checkbox"/>		Realizado (S/N) <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/>	
				Alterado <input type="checkbox"/>	
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE			FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO		

DIABETES MELLITUS					
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO					
Año: <input type="text"/>	Trimestre calendario: <input type="checkbox"/>	Fecha: <input type="text"/>	Hoja 2/2		
TRATAMIENTO / PRESCRIPCION					
MONODROGA	OR GEN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION	
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
Antihipertensivos					
Hipolipemiantes					
Antiagregantes					
FUNDAMENTACION MEDICA DEL USO DE LA MEDICACION INDICADA:					
ESTILO DE VIDA			Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)		
Automonitoreo (S/N) 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 dietarias? (S/N)		
MEDICO TRATANTE:					
DOMICILIO:			TE:		
LOCALIDAD - PROVINCIA:					
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE			FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO		