

Planilla de Registro de Pacientes con Diabetes Mellitus

Historia Clínica / Prescripción Médica / Ficha de Registro



Gerencia de Prestaciones Médicas

Año Trimestre Calendario I 2 3 4 Fecha del informe

Datos del Paciente

Nombre y Apellido N° Beneficiario

Tipo y N° de documento Domicilio

Ciudad Prov. Tel.

Email Fecha de Nac. Edad Género F M

Ficha Médica

Diagnóstico DTM1 DTM2 Gestacional Otros Fecha diagn. DTM Edad al diagn.

Observaciones

Comorbilidades

Hipertensión Obesidad Dislipemia Tabaquismo

Fecha Diagnóstico

Examen Físico Peso (kg.) Altura (m) Circunferencia abdominal IMC

Fecha Diagnóstico

Complicaciones (completar solo las respuestas afirmativas con fecha)

Cardiovasculares	Fecha	Renales	Fecha	Oftalmológicas	Fecha	Otras	Fecha
Hipert. Ventrículo izq.	<input type="text"/>	Insuficienc. Renal crónica	<input type="text"/>	Retinopatía	<input type="text"/>	Neuropatías	<input type="text"/>
Infarto Agudo Miocárdico	<input type="text"/>	Nefropatía	<input type="text"/>	Ceguera	<input type="text"/>	Úlcera de pie	<input type="text"/>
Stent	<input type="text"/>	Diálisis	<input type="text"/>			Pie diabético	<input type="text"/>
Cirug. Revasc. Miocárdica	<input type="text"/>	TX Renal	<input type="text"/>			Amputaciones	<input type="text"/>
Insuficiencia Cardíaca	<input type="text"/>					Hipoglucemias	<input type="text"/>
Acc. Isquémico Transitorio	<input type="text"/>						
ACV	<input type="text"/>						
Vasculopatía Periférica	<input type="text"/>						

Controles

	Fecha	Valor	Unidades	Observaciones
Glucemia en ayunas	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
HbA1C	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Triglicéridos	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Microalbuminuria	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Creatinina Sérica	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Clearence de Creatinina	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TA sistólica / TA diastólica	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Estudios complementarios

Fondo de ojo Sin RD RDNP RDP Sin RD: sin retinopatía diabética
RDNP: retinopatía diabética no proliferativa
RDP: retinopatía diabética proliferativa

Examen de pie Realizado Si No Normal Alterado

Firma y Sello Médico Tratante

Firma y Sello Auditor Médico

Planilla de Registro de Pacientes con Diabetes Mellitus

Historia Clínica / Prescripción Médica / Ficha de Registro



OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

Gerencia de Prestaciones Médicas

Año Trimestre Calendario I 2 3 4 Fecha del informe

Datos del Paciente

Nombre y Apellido N° Beneficiario

Tratamiento / Prescripción

Monodroga	Origen	Dosis Diaria	Año de inicio	Presentación/ Nombre comercial
Insulina corriente	Humana <input type="checkbox"/>	U.I.		Cartuchos 3 ml <input type="checkbox"/> Lapicera prellenadas 3ml <input type="checkbox"/>
Insulina N.P.H.	Humana <input type="checkbox"/>	U.I.		Cartuchos 3 ml <input type="checkbox"/> Lapicera prellenadas 3ml <input type="checkbox"/>
Insulinas análogas Acción prolongada		U.I.		Cartuchos 3 ml <input type="checkbox"/> Lapicera prellenadas 3ml <input type="checkbox"/>
Insulinas análogas rápida		U.I.		
Hipoglucemiantes orales				
Metformina		Mg.		
Pioglitazona		Mg.		
Glicazida		Mg.		
Vildagliptina		Mg.		
Sitagliptina		Mg.		
Glucagon				
Tiras reactivas				
Otros				
Otros				

Otros tratamientos

Nombre genérico del medicamento	Unidades por toma	Tomas por día	Tomas por semana	Dosis mensual
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

Fundamentación médica del uso de la medicación indicada

.....
.....

Estilo de vida

Automonitoreo Si No N° de veces por día/semana **Actividad física** Si No

En caso de fumador, dejó de fumar? Si No **Cumple el tratamiento farmacológico?** Si No

Educación diabetológica? Si No **Plan de alimentación saludable?** Si No

Cumple indicaciones dietarias? Si No

Datos del Médico Tratante

Nombre y Apellido M.N. M.P.

Domicilio Localidad Tel.

Firma y Sello
Médico Tratante

Firma y Sello
Auditor Médico