

Ficha de Relevamiento / Recetario de Prescripción

Gerenciamiento Médico de Patologías Crónicas

G.M.P.C.

Diabetes Mellitus



Gerencia de Prestaciones Médicas

Año Trimestre Calendario I ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Fecha del informe Sexo F ☐ M ☐

Datos del Paciente

Nombre y Apellido Fecha de Nac.

Tipo y N° de documento Email

Domicilio Ciudad Prov. Tel.

Ficha Médica

Diagnóstico de Diabetes Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Gestacional ☐ Otros ☐ Antecedentes familiares de Diabetes SI ☐ NO ☐

Años de Evolución < de 5 ☐ 6 a 10 ☐ 16 a 20 ☐ > de 21 ☐ Edad al diagnóstico años

Co-Morbilidades

Hipertensión SI ☐ NO ☐ Obesidad SI ☐ NO ☐ Dislipemia SI ☐ NO ☐ Tabaquismo SI ☐ NO ☐

Complicaciones

Hipertrofia Ventricular SI ☐ NO ☐ Retinopatía SI ☐ NO ☐ Amputación SI ☐ NO ☐

Infarto agudo de Miocardio SI ☐ NO ☐ Ceguera SI ☐ NO ☐ Nefropatía SI ☐ NO ☐

Insuficiencia Cardíaca SI ☐ NO ☐ Neuropatía Periférica SI ☐ NO ☐ Diálisis SI ☐ NO ☐

Accidente Cerebrovascular SI ☐ NO ☐ Vasculopatía Periférica SI ☐ NO ☐ Trasplante Renal SI ☐ NO ☐

Control de la Evolución

Fecha Glucemia en Ayunas(mg%) Creatinina Sérica(mg%) Microalbuminuria Fecha Normal Fecha Patológ.

HbA1c (%) T.A. Sistólica (mm Hg.) Fondo de Ojo Fecha Norm. Retinopatía Fecha Pat.

LDL (mg %) T.A. Diastólica (mm Hg.) Examen de los pies Fecha Normal Fecha Patológ.

Triglicéridos (mg %) Talla (m) Peso (kg.) Circunferencia abdominal

Tratamientos

Automonitoreo Glucémico SI ☐ NO ☐ Fármacos Antihipertensivos SI ☐ NO ☐

Actividad Física SI ☐ NO ☐ Fármacos Hipolipemiantes SI ☐ NO ☐

Cumple adecuadamente el tratamiento SI ☐ NO ☐ Acido Acetil Salicílico SI ☐ NO ☐

	Monodroga	Presentación	Nombre Comercial	Dosis Diaria	Año de inicio del Tratam.
Hipoglucemiante	Glibenclámda ☐	5mg ☐		mg.	
Hipoglucemiante	Gliclazida ☐	80mg ☐ 30mg ☐ 60mg ☐		mg.	
Hipoglucemiante	Metformina ☐	500 ☐ 750 ☐ 850 ☐ 1000 ☐		mg	
Hipoglucemiante	Glimepiride ☐	2mg ☐ 4mg ☐		mg.	
Hipoglucemiante	Pioglitazona ☐	15mg ☐ 30mg ☐ 45mg ☐		mg.	
Hipoglucemiantes	SAXAGL ☐ SITAGL ☐ VILDAGL ☐ LINAGL ☐			mg.	
Hipoglucemiantes	Otros ☐				
Tiras reactivas	☐	SI ☐ NO ☐		d/d	
Insulina	CTE ☐ LISPR ☐ ASPAR ☐ GLUL ☐			U.I.	
Insulina	NPH ☐ DETEM ☐ GLARG ☐ DEGL ☐			U.I.	
Insulina	NPH + CTE ☐ ASP.BIF ☐ LISPR.MIX ☐			U.I.	

Datos del Médico Tratante

Nombre y Apellido M.N. M.P.

Domicilio Tel.

Lugar Fecha Firma y Sello