

Planilla de Registro del Paciente con Diabetes Mellitus

AÑO: TRIMESTRE CALENDARIO: FECHA:

APELLIDO, NOMBRE:

ASOCIADO: DOCUMENTO TIPO: Nº:

DOMICILIO: TELÉFONO: LOCALIDAD / PROVINCIA:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: SEXO:

DIAGNOSTICO * Tipo 1: Tipo 2: Gestacional : Otro :

FECHA DIAGNOSTICO DTM: EDAD DIAGNOSTICO: OBS:

COMORBILIDADES: HTA: OBESIDAD: DISLIPEMIA: TABAQUISMO:

FECHA DIAGNÓSTICO:				
--------------------	--	--	--	--

EXAMEN FÍSICO PESO: ALTURA: CIRCUNF.ABD: IMC:

FECHA REALIZACIÓN:				
--------------------	--	--	--	--

COMPLICACIONES (COMPLETAR SOLO LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS)

CARDIOVASCULARES	FECHA	RENALES	FECHA	OTRAS	FECHA	OFTALMOLÓGICAS	FECHA
Hipert.ventrículo izq.		Insuficiencia renal crónica		Neuropatías		Retinopatía	
Infarto agudo Miocardio		Nefropatía		Úlcera de pie		Ceguera	
Stent		Díálisis		Pie Diabético			
Cirugía Revas. Miocárdica		Tx renal		Amputaciones			
Insuficiencia cardíaca				Hipoglucemia			
Acc.isquémico Transitorio							
ACV							
Vasculopatía periférica							

CONTROLES	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en Ayunas				
Hba1C				
LDL Colesterol asoc. A lipoproteína de baja				
Triglicéridos				
Microalbuminuria				
Creatinina Sérica				
Claréense de Creatinina				
TA sistólica /TA diastólica				

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS FECHA:

Fondo de ojos		SIN RD		RDNP		RDP	
---------------	--	--------	--	------	--	-----	--

SYN RD: SIN RETINOPATÍA DIABÉTICA RDNP: RETINOPATÍA DIABÉTICA NO PROLIFERATIVA RDP: RETINOPATÍA DIABÉTICA PROLIFERATIVA

Examen de pie		REALIZADO (S/N)		NORMAL		ALTERADO	
---------------	--	-----------------	--	--------	--	----------	--

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO MEDICO AUDITOR

Planilla de Registro del Paciente con Diabetes Mellitus

AÑO: TRIMESTRE CALENDARIO: FECHA:

APELLIDO, NOMBRE:

TRATAMIENTO PRESCRIPCIÓN

MONODROGA	ORIGEN			DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACIÓN/NOMBRE COMERCIAL	
INSULINA	CORRIENTE	HUMANA		U.L		CARTUCHOS X3 ML	
						LAPICERA PRELLENADA X 3ML	

INSULINA	CORRIENTE	HUMANA		U.L		CARTUCHOS X3 ML	
						LAPICERA PRELLENADA X 3ML	

INSULINA ANALOGAS - Acción Prolongada				U.L		CARTUCHOS X3 ML	
				U.L		LAPICERA PRELLENADA X 3ML	
INSULINA ANÁLOGAS - Rápidas				U.L			
				U.L			

SI/NO				DOSIS DIARIA			
HIPOGLUCEMIANTES ORALES	Metformina			Mg.			
	Pioglitazona			Mg.			
	Gliclazida			Mg.			
	Glimepiride			Mg.			
	Vildagliptin			Mg.			
	Sitaglipina			Mg.			

GLUCAGÓN			
----------	--	--	--

TIRAS REACTIVA			TIRAS	
			TIRAS	

OTROS:	
OTROS:	

OTROS TRATAMIENTOS	Unidades x Toma	Tomas x Día	Tomas x Semana	Dosis Mensual	Observaciones:
NOMBRE GENÉRICO MEDICAMENTO					
ANTIHIPERTENSIVO:					
HIPOLIPEMIANTES:					
ANTIAGREGANTES:					

Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando exclusivamente el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique seguida de forma farmacéutica dosis /unidad con detalle del grado de concentración. Ley 25649 - Decreto 63/2024

FUNDAMENTACION MEDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN INDICADA:

ESTILO DE VIDA:	*CUMPLE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO? (SI/NO)
*AUTOMONITOREO (SI/NO) Nº VECES POR DÍA/SEMANA:	*EDUCACIÓN DIABETOLOGICA? (SI/NO)
*ACTIVIDAD FÍSICA (SI/NO)	*PLAN ALIMENTACIÓN SALUDABLE? (SI/NO)
*EN CASO DE FUMADOR, DEJO DE FUMAR ? (SI /NO)	*CUMPLE INDICACIONES DIETARÍAS? (SI/NO)

MEDICO TRATANTE:

DOMICILIO:TELÉFONO:LOCALIDAD-PROVINCIA:

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO MEDICO AUDITOR