

Esta planilla deberá presentarse con carácter anual; en caso de que la medicación sufra alguna modificación, deberá volver a presentarse

Año:  Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

NOMBRE Y APELLIDO:

|                     |                           |       |
|---------------------|---------------------------|-------|
| Nº DE BENEFICIARIO: | DOCUMENTO IDENTIDAD TIPO: | NRO.: |
|---------------------|---------------------------|-------|

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_LOCALIDAD-PROVINCIA:FECHA DE NACIMIENTO: Edad: SEXO: F/M ☐

DIAGNÓSTICO: DTM1 ☐ DTM2 ☐ GESTACIONAL ☐ OTROS ☐

Fecha diagnóstico DTM  Edad al diagnóstico  Obs.:

COMORBILIDADES: HTA ☐ OBESIDAD ☐ DISLIPEMIA ☐ TABAQUISMO ☐

Fecha diagnóstico:

|                      |                      |                      |                          |
|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| EXAMEN FÍSICO:       |                      |                      |                          |
| PESO                 | <input type="text"/> | ALTURA               | <input type="text"/>     |
|                      |                      | CIRCUNF. ABDOMINAL   | <input type="text"/>     |
|                      |                      |                      | IMC <input type="text"/> |
| Fecha de realización | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |

**COMPLICACIONES (Completar sólo 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             |       |

| OFTALMOLÓGICAS | Fecha |
|----------------|-------|
| Retinopatía    |       |
| Ceguera        |       |

| OTRAS         | Fecha |
|---------------|-------|
| NEUROPATÍAS   |       |
| ÚLCERA DE PIE |       |
| PIE DIABÉTICO |       |
| AMPUTACIONES  |       |
| HIPOGLUCEMIAS |       |
|               |       |
|               |       |
|               |       |

| CONTROLES                                    | FECHA | VALOR | UNIDADES | OBSERVACIONES |
|----------------------------------------------|-------|-------|----------|---------------|
| Glucemia en ayunas                           |       |       |          |               |
| Hba1C                                        |       |       |          |               |
| LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja |       |       |          |               |
| Triglicéridos                                |       |       |          |               |
| Microalbuminuria                             |       |       |          |               |
| Creatina sérica                              |       |       |          |               |
| Clearence 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 |                          |          |
| Exámen de pie                     | <input type="checkbox"/> | Realizado (S/N)                              | <input type="checkbox"/> | Normal                                   | <input type="checkbox"/> | Alterado |

FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO

## HISTORIA CLÍNICA/PRESCRIPCIÓN MÉDICA/FICHA DE REGISTRO

Año:

Trimestre calendario:

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hoja 1/2

## TRATAMIENTO/PRESCRIPCIÓN

| MONODROGA           |               | ORIGEN | DOSIS DIARIA | AÑO INICIO | PRESENTACIÓN/NOMBRE COMERCIAL |  |
|---------------------|---------------|--------|--------------|------------|-------------------------------|--|
| 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  |               |        | U.I          |            | Cartuchos x 3 ml              |  |
| - Acción Prolongada |               |        | U.I          |            | 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 GENÉRICO MEDICAMENTO | UNIDADES X TOMA | TOMAS X DÍA | TOMAS X SEMANA | DOSIS MENSUAL |
|-----------------------------|-----------------|-------------|----------------|---------------|
| Antihipertensivos           |                 |             |                |               |
|                             |                 |             |                |               |
| Hipolipemiantes             |                 |             |                |               |
|                             |                 |             |                |               |
| Antiagregantes              |                 |             |                |               |
|                             |                 |             |                |               |

## FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN INDICADA:

## ESTILO DE VIDA

Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)

Automonitoreo (S/N) N° veces por días/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)

MÉDICO TRATANTE:

DOMICILIO:

TEL.:

LOCALIDAD-PROVINCIA:

FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO