

**ANEXO III - PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS**

Diabetes mellitus – historia clínica / prescripción médica / ficha de registro

**AÑO:**  **TRIMESTRE CALENDARIO:**  **FECHA:**  /  /

Nombre y apellido:  N° beneficiario:

Doc. de identidad tipo:  Nro.:  CUIL:

Domicilio:  Tel.:  Fecha de nacimiento:  Edad:  Sexo:    
Localidad/Prov.

**Diagnóstico:**  DTM1  DTM2  Gestacional  Otros  
Fecha diagnóstico DTM:  Edad al diagnóstico:   
Observaciones:

**Comorbilidades:**  
 HTA  Obesidad  Dislipemia  Tabaquismo  
**Fecha:**

**Examen físico:**  
 Peso  Altura  Circunf. abdom.  IMC

**Complicaciones (completar sólo las respuestas afirmativas con fecha)**

Cardiovasculares	Fecha	Renales	Fecha	Otras	Fecha
Hipert. ventrículo izq.		Insuficiencia renal crónica		Neuropatías	
Infarto agudo miocárdico		Nefropatía		Úlcera de pie	
Stent		Diálisis		Pie diabético	
Cirug. revas. miocárdica		Tx renal		Amputaciones	
Insuficiencia cardíaca				Hipoglucemias	
Acc. isquémico transitorio					
ACV					
Vasculopatía periférica					

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**

**Fondo de ojo**  Sin RD  RDNP  RDP  
Fecha:

**Examen de pie**  Sí  No  Normal  Alterado  
Fecha:

**Tratamiento / prescripción**

Monodroga	ORIGEN (marcar)	Dosis diaria	Año inicio	Presentación (marcar)	Nombre Comercial
<b>Insulina</b>	<input type="radio"/> corriente <input type="radio"/> N.P.H.	U.I		<input type="radio"/> cartuchos <input type="radio"/> lapiceras	
<b>Insulinas análogas</b>	<input type="radio"/> acción prolongada	U.I		<input type="radio"/> cartuchos <input type="radio"/> lapiceras	
	<input type="radio"/> rápida	U.I		<input type="radio"/> cartuchos <input type="radio"/> lapiceras	
<b>Hipogluc. orales</b>	Metformina	Mg			
	Pioglitazona	Mg			
	Gliclazida	Mg			
	Glimepiride	Mg			
	Vildagliptina	Mg			
Sitagliptina	Mg				
<b>Glucagon</b>					
<b>Tiras react.- Lancetas- Agujas</b>		u.x día			
<b>Otros- Bomba</b>					

Nombre genérico	Unidades x toma	tomas x día	tomas x sem.	dosis mensual	Fundamento médico de las medicaciones
Antihipertensivos					
Hipolipemiantes					
Antiagregantes					

**Estilo de vida**

Actividad física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cumple tratamiento farmac.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Plan de aliment. saludable	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
De ser fumador, ¿dejó de fumar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Educación diabetológica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cumple indic. dietarias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Automonitoreo   Cant. de veces al día:  semana:

Médico tratante:  Localidad – prov.:  Domicilio:   
Tel.:

Firma y sello del médico tratante

Firma y sello del auditor médico