

ANEXO III

PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

DIABETES MELLITUS					
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO					
Año: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Trimestre calendario: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Fecha: ___ / ___ / ___	Hoja 1/2		
NOMBRE Y APELLIDO: _____					
N° DE BENEFICIARIO: _____	DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO: _____	NRD.: _____			
DOMICILIO: _____			TE: _____		
LOCALIDAD - PROVINCIA: _____					
FECHA DE NACIMIENTO: _____	Edad: _____	SEXO: F / M	<input type="checkbox"/>		
DIAGNOSTICO: DTM1 <input type="checkbox"/>	DTM2 <input type="checkbox"/>	GESTACIONAL <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>		
Fecha diagnóstico DTM: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Edad al diagnóstico: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Obs: _____			
COMORBILIDADES: HTA <input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>	DISLIPEMIA <input type="checkbox"/>	TABAGISMO <input type="checkbox"/>		
Fecha diagnóstico: <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>		
EXAMEN FISICO: PESO <input style="width: 50px;" type="text"/>	ALTURA <input style="width: 50px;" type="text"/>	CIRCUNF. ABDOMINAL <input style="width: 50px;" type="text"/>	IMC <input style="width: 50px;" type="text"/>		
Fecha de realización: <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>		
COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)					
CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS	Fecha
Hiper. Ventrículo Izq.		Insuf. Renal Crónica		NEUROPATIAS	
Infarto Agudo Miocárdico		Neftropatía		ULCERA DE PIE	
Stent		Dialisis		PIE DIABETICO	
Ciruj. Revas. Miocárdica		TX Renal		AMPUTACIONES	
Insuficiencia Cardíaca				HIPOGLUCEMIAS	
Acc. Isquémico Transitorio		OFTALMOLOGICAS	Fecha		
ACV		Retinopatía			
Vasculopatía Periférica		Ceguera			
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				FECHA	
Fondo de ojo <input type="checkbox"/> Sin RD <input type="checkbox"/> RDNP <input type="checkbox"/> RDP					
<small>Sin RD: sin retinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDP: retinopatía diabética proliferativa</small>					
Exámen de pie <input type="checkbox"/> Realizado (S/N) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado					
_____			_____		
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE			FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO		

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

Año: Trimestre calendario: Fecha: ___ / ___ / ___ Hoja 2/2

TRATAMIENTO / PRESCRIPCION

MONODROGA	ORIGEN		DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION / NOMBRE COMERCIAL
Insulina	Contenido	Humana	UI		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulina	N.P.H.	Humana	UI		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulinas Análogas - Acción Prolongada			UI		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulinas Análogas - Rápidas			UI		
Hipogluc. Orales	METFORMINA		Mg		
	PIOGLITAZONA		Mg		
	GLICLAZIDA		Mg		
	GLIMEPIRIDE		Mg		
	VILDAGLIPTINA		Mg		
	SITAGLIPTINA		Mg		
			Mg		
			Mg		
GLUCAGON					
TRAS REACTIVAS			Sras		
			Sras		
OTROS					
OTROS					

OTROS TRATAMIENTOS

NOMBRE GENERICO MEDICAMENTO	UNIDADES X TOMA	TOMAS X DIA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

FUNDAMENTACION MEDICA DEL USO DE LA MEDICACION INDICADA:

ESTILO DE VIDA	Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)
Automonitoreo (S/N) Nº veces por día / semana:	Educación diabética? (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)

MEDICO TRATANTE: _____
 DOMICILIO: _____
 LOCALIDAD - PROVINCIA: _____

 FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

 FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO III - EX-2019-54039832-APN-GGE#SSS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.