



Anexo III

DIABETES MELLITUS HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

Año: Trimestre Calendario: Fecha: ____ / ____ / ____ Hoja 1/2

NOMBRE Y APELLIDO:

N° DE BENEFICIARIO: DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO Y N°

DOMICILIO: TE:

LOCALIDAD – PROVINCIA:

FECHA DE NACIMIENTO: Edad: SEXO: F/M

DIAGNOSTICO: DTM1 DTM2 GESTACIONAL OTROS
Fecha diagnóstico DTM Edad al diagnóstico Obs.:

COMORBILIDADES: HTA OBESIDAD DISLIPEMIA TABAQUISMO
Fecha diagnóstico

EXAMEN FISICO: PESO ALTURA CIRC. ABDOMINAL IMC
Fecha de realización:

COMPLICACIONES (Completar solo las respuestas afirmativas con Fecha)

CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS	Fecha
Hipert. Ventrículo Izq.		Insuf. Renal Crónica		NEUROPATIAS	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ULCERA DE PIE	
Stent		Diálisis		PIE DIABETICO	
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 distólica				

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	
Examen de pie <input type="checkbox"/> Realizado S/N <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE FIRMA Y SELLO DEL AUDITOR MEDICO



**Obra Social del Personal de Seguridad Comercial
Industrial e Investigaciones Privadas
Rnos 1-1970-8**

**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	Corriente	Humana	U.I.		Cartuchos x 3 ml Lapiceras – prellenadas x 3ml
Insulina	N.P.H.	Humana	U.I.		Cartuchos x 3 ml Lapiceras – prellenadas x 3ml
Insulinas Análogas – Acción Prolongada			U.I.		Cartuchos x 3 ml Lapiceras – prellenadas x 3ml
Insulinas Análogas – Acción Prolongada			U.I.		
Hipogluc. Orales	METFORMINA		Mg		
	PIOGLITAZONA		Mg		
	GLICLAZIDA		Mg		
	GLIMEPIRIDE		Mg		
	VILDAGLIPTINA		Mg		
	SITAGLIPTINA		Mg		
				Mg	
GLUCAGON					
Tiras reactivas			tiras		
			tiras		
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

Automonitoreo (S/N) N° veces por día / semana	Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)
Actividad física (S/N)	Educación diabetológica? (S/N)
En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N)	Plan alimentación saludable? (S/N)
	Cumple indicaciones dietarias? (S/N)

MEDICO TRATANTE:

DOMICILIO:

TE:

LOCALIDAD – PROVINCIA:

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO DEL AUDITOR MEDICO