

PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

Resolución N° 948/19-Ministerio de Salud de la Nación

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

AÑO: SEMESTRE CALENDARIO: FECHA:

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: DNI: CUIL: N° de Socio: Plan: Nacionalidad Edad: Fecha nacimiento: Teléfono: Mail:

DIAGNÓSTICO

Diabetes Tipo 1 Tipo 2 Dbt gestacional Otros tipos Fecha diagn.: Edad al momento del diagn.: Obs:

COMORBILIDADES

HTA Obesidad Dislipemia Tabaquismo Fecha diagnóstico:

EXÁMEN FÍSICO

Peso Altura Circunf. abdominal IMC Fecha de realización:

COMPLICACIONES (Completar SOLO las respuestas AFIRMATIVAS colocando la FECHA)

CARDIOVASCULARES	FECHA	RENALES	FECHA	OTRAS	FECHA
Hipertrofia ventricular izq		Insuf. renal crónica		NEUROPATIAS	
Infarto agudo miocardio		Nefropatía		ULCERA DE PIE	
Stent		Diálisis		PIE DIABETICO	
Cirugía Revas.Miocárdica		TX Renal		AMPUTACIONES	
Insuficiencia cardíaca				HIPOGLUCEMIAS	
Ac c.Isquémico transitorio		OFTALMOLOGICAS			
ACV		Retinopatías			
Vasculopatía periférica		Ceguera			

CONTROLES	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas				
HbA 1C				
LDLc Colesterol asoc. a lipop roteína de baja				
Triglicéridos				
Microalbuminuria				
Creatinina sérica				
Clearance de Creatinina				
TA sistólica / TA diastólica				

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Fondo de ojo: Sin retinoplastía diabética Rinoplastía diabética no proliferativa Rinoplastía diabética proliferativa Exámen de pie: Realizado? SI NO Fecha: Normal Alterado

Médico tratante Firma y sello médico auditor

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

AÑO:

SEMESTRE CALENDARIO:

FECHA:

Apellido y Nombre:

TRATAMIENTO/PRESCRIPCIÓN

MONODROGA		ORÍGEN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION/NOMBRE COMERCIAL	
Insulina	Corriente	Humana	U.I.		Cartuchos x 3 ml	
					Lapiceras prellenadas x 3	
Insulina	N.P.H	Humana	U.I.		Cartuchos x 3 ml	
					Lapiceras prellenadas x 3	
Insulinas Análogas			U.I.		Cartuchos x 3 ml	
Acción prolongada			U.I.		Lapiceras prellenadas x 3	
Insulinas Análogas						
Rápidas			U.I.			
Hipoglucemiantes	METFORMINA		Mg.			
orales	PIOGLITAZONA		Mg.			
	GLICLAZIDA		Mg.			
	GLIMEPIRIDE		Mg.			
	VILDAGLIPTINA		Mg.			
	SITAGLIPTINA		Mg.			
			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		Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)		
Automonitoreo (S/N) N° 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 dietéticas? (S/N)		
MEDICO TRATANTE:				
DOMICILIO		TEL:		
LOCALIDAD – PROVINCIA				

Médico tratante

Firma y sello médico auditor

DoctoRed

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

AÑO: SEMESTRE CALENDARIO: FECHA:

Apellido y Nombre: _____

INDIQUE LA FARMACIA DE SU PREFERENCIA PARA EL RETIRO DE LA MEDICACIÓN SOLICITADA.

CABA	
Orien	Blanco Encalada 1609
Orien	Av. Santa Fé 4228
Orien	Av. Córdoba 2639
Diabemax	Hipólito Irigoyen 1904
FARMACIAS ZONA NORTE	
Farmacia del Aguila	Av. Rivadavia 1001 José C Paz
Orien	Av. Maipú 918 Vte. Lopez
Orien	Av. Alvear 1999 Don Torcuato
Orien	Av. Libertador 14995 Acasusso
Orien	Av. Santa Maria de las Conchas 4793 Tigre
Farmacia Schwartz	Av. Maipu 1574 Vcte López
FARMACIAS ZONA OESTE	
Farmacia Bedini	Venezuela 2602 San Just
Farmacia Guerra	Rep. Oriental del Uruguay 265 Morón
FARMACIAS ZONA SUR	
Farmacia Soy Sanar	Colon 149 Quilmes
Farmacia Franco Italiana	Sarmiento 1847 Lanús Este

Estimado socio Doctored,

Le recordamos que podrá realizar el retiro de la medicación solicitada, 72 hs hábiles posteriores a recibir la autorización de la misma, por la farmacia seleccionada anteriormente.

Médico tratante

Firma y sello médico auditor