



HISTORIA CLÍNICA - ANEXO III - PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

Fecha actual:

Apellido y Nombre:

Documento de identidad Tipo:

Nro:

Tel:

Mail:

Edad:

DIAGNÓSTICO

DTM1

DTM2

Gestacional

Otras/Cual

Año diagnóstico DTML:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

(En letra clara justifique la condición DBT del paciente y sus principales características)

COMORBILIDADES

Enf. Cardiovascular

HTA

Obesidad

Dislipemia

Tabaquismo

COMPLICACIONES

(completar cuáles y desde que fechas las padece)

Cardiovasculares	Fechas	Renales	Fechas	Oftalmológicas	Fechas
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	
				Otras	Fechas
				1	
				2	
				3	

EXAMEN FÍSICO

Peso:

Altura:

IMC:

CONTROLES

Control	Valor (unidades)	Fechas	Control	Datos	Fechas
Glucemia en ayunas			Fondo de ojo:	Sin RD <input type="checkbox"/>	
HbA1C				RDNP <input type="checkbox"/>	
				RDP <input type="checkbox"/>	
LDLc Colesterol asocia lipoproteína de baja			Examen de pie realizando Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	
Trigliceridos				Alterado <input type="checkbox"/>	
Microalbuminuria			TA sistolica		
Creatinina serica			TA diastolica		

TRATAMIENTO / PRESCRIPCIÓN

Monodroga		Origen	Dosis diaria U.I.	Año inicio
Insulina	Corriente <input type="checkbox"/>	Humana <input type="checkbox"/>		
Nombre comercial		Presentación	Cartuchos x 3ml <input type="checkbox"/>	
			Lapiceras prellenadas x 3ml <input type="checkbox"/>	
Insulina	N.P.H. <input type="checkbox"/>	Humana <input type="checkbox"/>		
Nombre comercial		Presentación	Cartuchos x 3ml <input type="checkbox"/>	
			Lapiceras prellenadas x 3ml <input type="checkbox"/>	
Insulina Análogas Acción Prolongada				
Nombre comercial		Presentación	Cartuchos x 3ml <input type="checkbox"/>	
			Lapiceras prellenadas x 3ml <input type="checkbox"/>	
Hipogluc. Orales	Metformina			
	Pioglitazona			
	Gliclazida			
	Glimepiride			
	Vildagliptina			
	Sitagliptina			
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				

ESTILO DE VIDA

Automonitoreo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nro veces por día/semana
¿Educación Diabetologica?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

Fecha Actual: _____ / _____ / _____

Firma y sello médico/a auditor _____ Firma y sello médico/a tratante _____