**ANEXO III - PLANILLA DE REGISTRO DE PACIENTES CON DIABETES MELITUS
HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA REGISTRO**

AÑO: TRIMESTRE CALENDARIO: FECHA: / / OBRA SOCIAL:

Nombre y Apellido: Nro. Beneficiario:

Doc. Tipo: Nro: Domicilio:

Localidad-pcia: Tel.: Fecha Nac.: / / Edad: Género:

Diagnóstico: DTM1 DTM2 Gestacional Otros
Fecha diagnóstico DTM: / / Edad AL diagnóstico: / /
Observaciones: _____

Comorbilidades: ☐ HTA ☐ Obesidad ☐ Dislipemia ☐ Tabaquismo Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Exámen Físico <input type="text"/> Peso <input type="text"/> Altura <input type="text"/> Circunf.abdom. <input type="text"/> IMC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

Complicaciones (completar sólo las respuestas afirmativas con fecha)

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

Controles (últimos 12 meses)	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	Fecha
☐ Sin RD	<input type="text"/>
☐ RDNP	
☐ RDP	
Exámen de pie	Fecha
☐ Si ☐ No	<input type="text"/>
☐ Normal	
☐ Alerado	

Tratamiento / prescripción

Tipo	ORIGEN (marcar)	Droga	Potencia	Dosis x día	Año inicio	Presentación (marcar)	Nombre Comercial
Insulina	☐ corriente ☐ NPH			UI		☐ cartucho ☐ lapicera	
Insulinas análogas	☐ acción prolongada ☐ rápida			UI		☐ cartucho ☐ lapicera	
Hipogluc. Orales	Metformina			mg			
	Pioglitazona			mg			
	Dapaglifozina			mg			
	Empaglifozina			mg			
	Gliclazida			mg			
	Glimepiride			mg			
	Vildagliptina			mg			
	Sitagliptina			mg			
Glucagon							
Tiras react.				u.x día			
Otros							

Nombre genérico	Unidades x Toma	Tomas x día	tomas x Sem.	dosis mensual	Fundamento médico de la medicación
Antihipertensivos					
Hipolipemiantes					
Antiagregantes					

Estilo de vida

Actividad física	☐ Si ☐ No	Cumple tratamiento farmac.	☐ Si ☐ No	Plan de aliment. Saludable	☐ Si ☐ No
De ser fumador, ¿degó de fumar?	☐ Si ☐ No	Educación diabetológica	☐ Si ☐ No	Cumple indic. Dietarias	☐ Si ☐ No

Automonitoreo _____ Can. de veces al día: _____ Semana: _____

Médico tratante: _____ Domicilio: _____

Tel.: _____ Localidad-pcia.: _____

.....
Firma y sello del médico tratante

.....
Firma y sello del auditor médico