



OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL
DE OBRAS Y SERVICIOS SANITARIOS

DIABETES MELLITUS HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

Año: _____ Semestre calendario: _____ Fecha: ___/___/___ Hoja 1/2

NOMBRE Y APELLIDO: _____

Nº DE BENEFICIARIO: _____ DOCUMENTO IDENTIDAD: _____ TIPO: _____ NRO.: _____

DOMICILIO: _____ TE: _____

LOCALIDAD - PROVINCIA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Edad: _____ SEXO: F / M

DIAGNOSTICO: DTM1 DTM2 GESTACIONAL OTROS

Fecha diagnóstico DTM Edad al diagnóstico Obs: _____

OBESIDAD DISLIPEMIA TABAQUISMO

Fecha diagnóstico:

EXAMEN FISICO: _____

PESO ALTURA CIRCUNF. ABDOMINAL IMC

Fecha de realización

COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)

CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS	Fecha
Hipen. Ventrículo Izq.		Insuf. Renal Crónica		NEUROPATIAS	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ULCERA DE PIE	
Stent		Diálisis		PIE DIABETICO	
Cirug. Revas, Miocordlea		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				
Clearence de Creatinina				
TA sistólica 1 TA diastólica				

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS _____ **FECHA** _____

Fondo de ojo Sin RD RDNP RDP

Sin RD: sin retinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDP: retinopatía diabética proliferativa

Examen de pie Realizado (S/N) Normal Alterado

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

Hoja 2/2

TRATAMIENTO / PRESCRIPCION				
MONODROGA	ORIGEN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION / NOMBRE COMERCIAL
Insulina	Corriente Humana	U.l		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulina	NPH Humana	U.l		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulinas Análogas - Acción Prolongada		U.l		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulinas Análogas - Rápidas		U.l		
Hipogluc. Orales	METFORMINA	Mg		
	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 diabetológica? (S/N):		
Actividad Fisica (S/N):		Plan de alimentación saludable? (S/N):		
En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N):		Cumpla indicaciones dietarias? (S/N):		
MEDICO TRATANTE:				
DOMICILIO:			TE:	
LOCALIDAD - PROVINCIA:				
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE			FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO	