



OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA
Tel.: 4301-4175/78 RNOS 1-2110-1

DIABETES MELLITUS					
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO					
Año: <input type="text"/>	Trimestre calendario: <input type="text"/>	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	<input type="checkbox"/>	
DIAGNOSTICO:	DTM1 <input type="checkbox"/>	DTM2 <input type="checkbox"/>	GESTACIONAL <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	
Fecha diagnóstico DTM	<input type="text"/>	Edad al diagnóstico	<input type="text"/>	Obs: _____	
COMORBILIDADES:	HTA <input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>	DISLIPEMIA <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO <input type="checkbox"/>	
Fecha diagnóstico:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
EXAMEN FISICO:	PESO <input type="text"/>	ALTURA <input type="text"/>	CIRCUNF. ABDOMINAL <input type="text"/>	IMC <input type="text"/>	
Fecha de realización	<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.		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		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 / TA diastólica					
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					
Exámen de pie	<input type="checkbox"/> Realizado (S/N)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE			FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO		



OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martín 1738 – CABA
Tel.: 4301-4175/78 RNOS 1-2110-1

DIABETES MELLITUS									
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO									
Año: <input type="text"/>	Trimestre calendario: <input type="checkbox"/>			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 3 ml			
Insulina	N.P.H.	Humana		U.I		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml			
Insulinas Análogas - Acción Prolongada				U.I		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml			
Insulinas Análogas - Rápidas				U.I					
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									
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 de alimentación saludable? (S/N)				
					Cumple indicaciones dietarias? (S/N)				
MEDICO TRATANTE:									
DOMICILIO:					TE:				
LOCALIDAD - PROVINCIA:									
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE					FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO				