



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

BQ MARTIN 1738 (C1271ABB) CABA

RNOS 12110-1

4301-4175

## PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELITUS HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FECHA DE REGISTRO

AÑO:		TRIMESTRE CALENDARIO:		FECHA:		HOJA 1/2	
NOMBRE Y APELLIDO:							
NUMERO DE BENEFICIARIO:				DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			
DOMICILIO:				TELÉFONO:			
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			
FECHA DE NACIMIENTO:		0		EDAD:		SEXO	
						M   F	
<b>DIAGNOSTICO</b>		<input type="radio"/> DTM		<input type="radio"/> DTM2		<input type="radio"/> GESTACIONAL	
						<input type="radio"/> OTROS	
FECHA DE DIAGNÓSTICO:		EDAD DE DIAGNÓSTICO:		OBS:			
<b>COMORBILIDADES</b>		<input type="radio"/> HTA		<input type="radio"/> OBESIDAD		<input type="radio"/> DISLIPEMIA	
						<input type="radio"/> TABAQUISMO	
FECHA DE DIAGNOSTICO							
<b>EXAMEN FISICO</b>		PESO:		ALTURA:		CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL: IMC:	
FECHA DE REALIZACION							
<b>COMPLICACIONES</b> (COMPLETAR SOLO LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS CON FECHA)							
<b>CARDIOVASCULARES</b>	<b>FECHA</b>	<b>RENALES</b>	<b>FECHA</b>	<b>OTRAS</b>	<b>FECHA</b>		
HIPERT. VENTRÍCULO IZQ.		INS RENAL CRÓNICA		NEUROPATÍAS			
INFARTO AGUDO MIOCÁRDICO		NEFROPATÍA		ULCERA DE PIE			
STENT		DIÁLISIS		PIE DIABÉTICO			
CIRUG. REVAS. MIOCÁRDICA		TX RENAL		AMPUTACIONES			
INSUFICIECIA CARDIACA							
ACC. ISQUÉMICO TRANSITORIO		<b>OFTALMOLÓGICAS</b>					
ACV		RETINOPATÍA					
VASCULOPATÍA PERIFÉRICA		CEGERA					
<b>CONTROLES</b>	<b>FECHA</b>	<b>VALOR</b>	<b>UNIDADES</b>	<b>OBSERVACIONES</b>			
GLUCEMIA EN AYUNAS							
HBA1C							
LDLC COLESTEROL ASOC. A LIPOPROTEÍNA DE BAJA							
TRIGLICÉRIDOS							
MICROALBUMINURIA							
CREATININA SÉRICA							
CLEREANCE DE CREATININA							
TA SISTÓLICA / TA DIASTÓLICA							
<b>ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS</b>						<b>FECHA</b>	
<b>FONDO DE OJO</b>		<input type="radio"/> SIN RD		<input type="radio"/> RDNP		<input type="radio"/> RDP	
<small>SIN RD: SIN RETINOPATÍA DIABÉTICA / RDNP: RETINOPATÍA DIABÉTICA NO PROLIFERATIVA RDP: RETINOPATÍA DIABÉTICA PROLIFERATIVA</small>							
<b>EXAMEN DE PIE</b>		<input type="radio"/> REALIZADO (S/N)		<input type="radio"/> NORMAL		<input type="radio"/> ALTERADO	
FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE				FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO			



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

BQ MARTIN 1738 (C1271ABB) CABA

RNOS 12110-1

4301-4175

## PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELITUS HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FECHA DE REGISTRO

AÑO:		TRIMESTRE CALENDARIO:		FECHA:		HOJA 2/2	
<b>TRATAMIENTO / PRESCRIPCIÓN</b>							
<b>MONODROGA</b>		<b>ORIGEN</b>		<b>DOSIS DIARIA</b>	<b>AÑO INICIO</b>	<b>PRESENTACIÓN / NOMBRE COMERCIAL</b>	
INSULINA		CORRIENTE	HUMANA	U.I.		CARTUCHOS X 3ML	
						LAPICERAS PRELLENADAS X 3ML	
INSULINA		N.P.H.	HUMANA	U.I.		CARTUCHOS X 3ML	
						LAPICERAS PRELLENADAS X 3ML	
INSULINAS ANÁLOGAS				U.I.		CARTUCHOS X 3ML	
ACCIÓN PROLONGADA				U.I.		LAPICERAS PRELLENADAS X 3ML	
INSULINAS ANÁLOGAS				U.I.			
RÁPIDAS				U.I.			
HIPO		METFORMINA		MG			
GLUCEMIANTES		PIOGLITAZONA		MG			
ORALES		GLICLAZIDA		MG			
		GLIMEPIRIDE		MG			
		VILDAGLIPTINA		MG			
		SITAGLIPTINA		MG			
				MG			
				MG			
GLUCAGÓN							
TIRAS REACTIVAS				TIRAS			
				TIRAS			
OTROS							
OTROS							
<b>OTROS TRATAMIENTOS</b>							
<b>NOMBRE GENÉRICO MEDICAMENTO</b>				<b>UNIDADES POR TOMA</b>	<b>TOMAS POR DÍA</b>	<b>TOMAS POR SEMANA</b>	<b>DOSIS MENSUAL</b>
ANTIHIPERTENSIVOS							
HIPOLIPEMIANTES							
ANTIAGREGANTES							
<b>FUNDAMENTACIÓN MEDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN INDICADA:</b>							
<b>ESTILO DE VIDA</b>				¿CUMPLE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO? (S/N):			
AUTOMONITOREO (S/N) Nº DE VECES POR DÍA / SEMANA:				¿EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA? (S/N):			
ACTIVIDAD FÍSICA (S/N):				¿PLAN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE? (S/N):			
¿EN CASO DE FUMADOR, DEJO DE FUMAR? (S/N):				¿CUMPLE INDICACIONES DIETARIAS? (S/N):			
<b>MEDICO TRATANTE:</b>							
DOMICILIO:				TELÉFONO:			
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			
FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE				FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO			