

AÑO: \_\_\_\_\_ Trimestre calendario: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Nº afiliado: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO tipo: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Localidad – Provincia: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_ sexo: M \_\_\_ F \_\_\_

**Diagnóstico:** DTM1  DTM2  Gestacional  OTROS

Fecha de diagnostico DTM \_\_\_\_\_ Edad al diagnostico: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Comorbilidades:** HTA  Obesidad  Dislipemia  Tabaquismo

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Examen Físico:** Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Circ. Abdom. \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Fecha de realización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COMPLICACIONES** (completar solo las respuestas afirmativas con fecha)

CARDIOVASCULARES	FECHA	RENALES	FECHA	OTRAS	FECHA
Hipert. Ventric. Izq		Insuficiencia Renal Cronica		Neuropatias	
Infarto Agudo Miocardico		Nefropatia		Úlcera de Pie	
Stent		Dialisis		Pie Diabetico	
Cirug. Revas. Miocardica		TX Renal		Amputaciones	
Insuficiencia cardiaca				Hipoglucemias	
Acc. Isquemico Transitorio					
ACV					
Vasculopatia Periferica					

CONTROLES	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas				
HbA1C				
LDLc Colesterol asoc. A lipoproteina de baja				
Trigliceridos				
Microalbuminuria				
Creatinina Sérica				
Clearence de Creatinina				
TA sistólica - TA diastólica				

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS				FECHA
<b>Fondo de Ojo:</b>	<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				
<b>Examen de Pie:</b>	<input type="checkbox"/> Realizado (S/N)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado	

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Medico Tratante

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Auditor Medico

AÑO: \_\_\_\_\_ Trimestre calendario: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO – PRESCRIPCIÓN**

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				U.I.		Cartuchos x 3 ml
Acción Prolongada				U.I.		Lapiceras prellenadas x 3 ml
insulinas análogas				U.I.		
Rápidas				U.I.		

Hipoglucemiantes orales	Metformina			Mg		
	Pioglitazona			Mg		
	Gliclazida			Mg		
	Glimepiride			Mg		
	Vidagliptina			Mg		
	Sitagliptina			Mg		
				Mg		
GLUCAGON				Mg		
TIRAS REACTIVAS				Tiras		
				Tiras		
OTROS						
OTROS						

OTROS TRATAMIENTOS	UNIDADES X TOMA	UNIDADES X DIA	UNIDADES X SEMANA	UNIDADES MENSUAL
<b>NOMBRE GENÉRICO MEDICAMENTO</b>				
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

**FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN INDICADA:**


**ESTILO DE VIDA**

Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)	Educación diabetológica? (S/N)
Automonitoreo (S/N) N° veces por día/semana	
Actividad Física (S/N)	Plan de alimentación saludable? (S/N)
En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N)	Cumple indicaciones dietarios? (S/N)

**MÉDICO TRATANTE:**

**DOMICILIO:**

**TELÉFONO:**

**Localidad – Provincia:**

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Auditor Médico