



A continuación se encuentran las planillas de Registro de Pacientes con Diabetes Mellitus, Res. 948/19 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

- Las mismas deben ser completadas por su médico tratante (especialista).
- Una vez completas, firmadas y selladas por el profesional; deben ser presentadas la en las Delegaciones o en OSTel Central.

Le hacemos llegar nuestro cordial saludo agradeciendo su colaboración en este proceso,

Equipo de Salud OSTel

### ANEXO III

## PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

DIABETES MELLITUS				
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO				
Año: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Trimestre calendario: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Fecha: ___/___/___	Hoja 1/2	
NOMBRE Y APELLIDO:				
N° 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 style="width: 100px;" type="text"/>	Edad al diagnóstico	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Obs: _____
COMORBILIDADES:	HTA <input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>	DISLIPEMIA <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO <input type="checkbox"/>
Fecha diagnóstico:	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
EXAMEN FISICO:	PESO <input style="width: 60px;" type="text"/>	ALTURA <input style="width: 60px;" type="text"/>	CIRCUNF. ABDOMINAL <input style="width: 60px;" type="text"/>	IMC <input style="width: 60px;" type="text"/>
Fecha de realización	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)</b>				
<b>CARDIOVASCULARES</b>	Fecha	<b>RENALES</b>	Fecha	<b>OTRAS</b>
Hipert. Ventrículo Izq.		Insuf. Renal Crónica		NEUROPATIAS
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ULCERA DE PIE
Stent		Dialísis		PIE DIABETICO
Cirug. Revas. Miocárdica		TX Renal		AMPUTACIONES
Insuficiencia Cardíaca				HIPOGLUCEMIAS
Acc. Isquémico Transitorio		<b>OFTALMOLOGICAS</b>	Fecha	
ACV		Retinopatía		
Vasculopatía Periférica		Ceguera		
<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				
Clearence de Creatinina				
TA sistólica / TA diastólica				
<b>ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS</b>				<b>FECHA</b>
Fondo de ojo	<input type="checkbox"/> Sin RD	<input type="checkbox"/> RDNP	<input type="checkbox"/> RDP	
<small>Sin RD: sin retinopatía diabética    RDNP: retinopatía diabética no proliferativa    RDP: retinopatía diabética proliferativa</small>				
Exámen de pie	<input type="checkbox"/> Realizado (S/N)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE</p> </div> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO</p> </div> </div>				

## DIABETES MELLITUS

### HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

Año:  Trimestre calendario:  Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hoja 2/2

#### TRATAMIENTO / PRESCRIPCION

MONODROGA	ORIGEN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION / NOMBRE COMERCIAL
Insulina	Contiente 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
		U.I		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	
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

\_\_\_\_\_  
IF-2019-66320323-APN-GGE#SSS  
FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO