

Año: <input style="width:50px;" type="text"/>	Trimestre calendario: <input style="width:50px;" type="text"/>	Fecha: / /	Hoja 1/2
Apellido y nombres:			
Número del beneficiario:	Documento identidad, tipo:	Nro.:	
Domicilio:	Tel.:		
Localidad - Provincia:			
Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo: F/M: <input style="width:50px;" type="text"/>	
DIAGNÓSTICO:	DTM1 <input style="width:50px;" type="text"/>	DTM2 <input style="width:50px;" type="text"/>	GESTACIONAL <input style="width:50px;" type="text"/> OTROS <input style="width:50px;" type="text"/>
Fecha de diagnóstico DTM:	<input style="width:100px;" type="text"/>	Edad al diagnóstico:	<input style="width:50px;" type="text"/> Observaciones: _____
COMORBILIDADES:	HTA <input style="width:50px;" type="text"/>	OBESIDAD <input style="width:50px;" type="text"/>	DISLIPEMIA <input style="width:50px;" type="text"/> TABAQUISMO <input style="width:50px;" type="text"/>
Fecha de diagnóstico:	<input style="width:100px;" type="text"/>	<input style="width:100px;" type="text"/>	<input style="width:100px;" type="text"/>
EXAMEN FÍSICO:	PESO <input style="width:50px;" type="text"/>	ALTURA <input style="width:50px;" type="text"/>	CIRC. ABDOMINAL <input style="width:50px;" type="text"/> IMC <input style="width:50px;" type="text"/>
Fecha de realización:	<input style="width:100px;" type="text"/>	<input style="width:100px;" type="text"/>	<input style="width:100px;" type="text"/>

COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con fecha)

CARDIOVASCULARES	FECHA	RENALES	FECHA	OTRAS	FECHA
Hipert. Ventrículo Izq.		Insuf. Renal Crónica		NEUROPATÍAS	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ÚLCERA DE PIE	
Stent		Diálisis		PIE DIABÉTICO	
Cirugía Revas. Miocárdica		Tx Renal		AMPUTACIONES	
Insuficiencia Cardíaca				HIPOGLUCEMIAS	
Acc. Isquémico Transitorio					
ACV					
Vasculopatía Periférica					

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 Sin RD <input style="width:50px;" type="text"/> RDNP <input style="width:50px;" type="text"/> RDP <input style="width:50px;" type="text"/>	
Sin RD: Sin retinopatía diabética RDNP: Retinopatía diabética no proliferativa RDP: Retinopatía diabética proliferativa	
Examen de pie Realizado (S/N) <input style="width:50px;" type="text"/> Normal <input style="width:50px;" type="text"/> Alterado <input style="width:50px;" type="text"/>	

<p>.....</p> <p>Firma y sello del médico tratante</p>	<p>.....</p> <p>Firma y sello auditor médico</p>
--	---

Año:	Trimestre calendario:	Fecha: / /
------	-----------------------	------------

TRATAMIENTO PRESCRIPCIÓN		ORIGEN		DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACIÓN / NOMBRE COMERCIAL
MONODROGA						
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	METIFORMINA			Mg.		
	PIOGLITAZONA			Mg.		
	GLICLAZIDA			Mg.		
	GLIMEPIRIDE			Mg.		
	VILDAGLIPTINA			Mg.		
	SITAGLIPTINA			Mg.		
					Mg.	
GLUCAGON						
TIRAS REACTIVAS				Tiras		
				Tiras		
OTROS						
OTROS						

Otros tratamientos		UNIDADES X TOMA	TOMA X DÍA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL
NOMBRE GENÉRICO MEDICAMENTO					
Antihipertensivos					
Hipolipemiantes					
Antiagregantes					

Fundamentación médica del uso de la medicación indicada:

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

MÉDICO TRATANTE:	
Domicilio:	Tel.:
Localidad - Provincia:	

..... Firma y sello del médico tratante Firma y sello auditor médico
---	--