

FICHA DE REGISTRO - DIABETES

DATOS FILIATORIOS

Nombre y Apellido:

Edad:.....

Sexo:

DNI:..... Tel:

Tipo de diabetes:

Tipo 1.....

Tipo 2.....

Edad al

Diagnostico:.....

DATOS ANTROPOMETRICOS

Peso:.....

Talla:.....

M.C.:.....

C.A.:

FACTORES DE RIESGO: (X en lo que corresponda)

Dislipemia

Obesidad

Tabaquismo

.....

.....

.....

COMPLICACIONES:

1-Insuficiencia S/N : Año:.....

Cardíaca

2-Hipertrofia S/N : Año:.....

Ventricular

3-Infarto agudo S/N : Año:.....

de miocardio

4-Accidente S/N: Año:.....

Cerebrovascular

5-Retinopatía S/N : Año:

6-Ceguera S/N : Año:

7-Neuropatía S/N : Año:.....

Periférica

8-Vasculopatía S/N : Año:.....

Periférica

9-Amputación S/N : Año:

10-Nefropatía S/N : Año:

11-Dialisis S/N : Año:.....

12-Traspl. Renal S/N : Año:.....

DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO

FARMACOS	DOSIS	MG/DIA	SUMINISTRADO DESDE (AÑO)
Metformina			
Glibenclamida			
Glicazida			
Insulina NPH			
Insulina Corriente			
Otros			
Antihipertensivos			
Hipolipemiantes			
Anticoagulantes			

LABORATORIOS Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS: Resultado (R) y fecha (F).

Glucemia en ayunas:	R:..... F:.....	HbA1c:	R:..... F:.....
Triglicéridos:	R:..... F:.....	LDLc:	R:..... F:.....
Microalbuminuria:	R:..... F:.....	Creatinina sérica :	R:..... F:.....
TA sistólica:	R:..... F:.....	TA diastólica:	R:..... F:.....
Fondo de ojo:	R:..... F:.....	Examen de pie:	R:..... F:.....

TRATAMIENTO (X en lo que corresponda)

Cambios de estilo de vida	_____	Farmacológico	___	Act. Física	___
Auto monitoreo glucémico	_____	Cumple adecuadamente tratam.	_____		

OTROS MEDICAMENTOS PARA DIABETES

Cantidad de tiras reactivas (mensual)

Cantidad y tipo de Lancetas (mensual)

Cantidad y tipo de jeringas/aguja (mensual).....

Fecha:

Firma del Medico:

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA
(Y PROTOCOLO DE PROVISION DE MEDICACION ESPECIAL)

APELLIDO Y NOMBRE:
D.N.I.....EDAD.....SEXO.....
FECHA DE NACIMIENTO..... PESO:..... TALLA:.....
DIAGNOSTICO:.....FECHA DE DIAGNOSTICO.....

• **DETALLE DE CUADRO CLINICO:**

.....

.....

.....

.....

- **ESTADIO ACTUAL DE LA PATOLOGIA:**.....
- **ESQUEMA TERAPEUTICO PREVIO (Con detalle de drogas utilizadas, dosis, tiempo, respuesta y asociaciones medicamentosas, demostrar fracaso. En caso oncologico si realizo cirugia, quimioterapia, radioterapia u otros)**

.....

.....

.....

.....

.....

• **TRATAMIENTO (MEDICACION):**.....

INICIO DE TRATAMIENTO	SI	CAMBIO DE ESQUEMA	SI	FECHA DE INICIO	
	NO		NO		
				CICLOS Y/O PERIODOS ESTIMADOS	
DROGAS DOSIFICACION (Indicar nombre genérico)		DOSIS/DIA		MODO TRATAMIENTO	

EN CASO DE CAMBIO DE ESQUEMA: FECHA DE FIN DE TRATAM ANTERIOR:.....

MOTIVO DE DISCONTINUACION:.....

• **JUSTIFICACION MEDICA DEL USO DE LA MEDICACION ESPECIFICA PARA EL TRATAMIENTO SOLICITADO**

.....

.....

.....

FECHA:

..... FIRMA Y SELLO MEDICO