

**FORMULARIO DE ACREDITACION POR DIABETES MELLITUS
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA REGISTRO**



Año: Semestre Calendario: Fecha: / /

Hoja 1/2

Beneficiario:	Obra Social:	
Nro. Beneficiario:	CUIL:	Doc:
Domicilio:	Tel:	
Provincia:	Sexo:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	

DIAGNOSTICO	<input type="checkbox"/> DTM1	<input type="checkbox"/> DTM2	<input type="checkbox"/> GESTACIONAL	<input type="checkbox"/> OTROS
Fecha diagnóstico DTM	<input type="text"/>	Edad del diagnóstico	<input type="text"/>	Obs. <input type="text"/>

COMORBILIDADES	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> OBESIDAD	<input type="checkbox"/> DISLIPEMIA	<input type="checkbox"/> TABAQUISMO
Fecha diagnóstico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EXAMEN FISICO	<input type="text"/>	PESO	<input type="text"/>	ALTURA	<input type="text"/>	CIRC. ABDOMINAL	<input type="text"/>	IMC
Fecha de realización	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)					
CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS	Fecha
Hipert. Ventrículo Izq.		Insuf. Renal Crónica		NEUROPATIAS	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ULCERA DE PIE	
Stent		Diálisis		PIE DIABETICO	
Cirug. Revas. Miocárdica		TX Renal		AMPUTACIONES	
Insuficiencia Cardíaca				HIPOGLUCEMIAS	
Acc. Isquémico Transitorio		OFTALMOLOGICAS	Fecha		
ACV		Retinopatía			
Vasculopatía Periférica		Ceguera			

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	<input type="checkbox"/> Sin RD	<input type="checkbox"/> RDNP	<input type="checkbox"/> RDP	FECHA
Fondo de ojo				
Sin RD: sin retinopatía diabética	RDNP: retinopatía diabética no proliferativa	RDP: retinopatía diabética proliferativa		
Examen de pie	<input type="checkbox"/> Realizado (S/N)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado	

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO

**FORMULARIO DE ACREDITACION POR DIABETES MELLITUS
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA REGISTRO**



Año:

Semestre Calendario:

Fecha: / /

Hoja 2/2

TRATAMIENTO / PRESCRIPCION				
MONODROGA	ORIGEN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION / NOMBRE COMERCIAL
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 -Acción Prolongada		U.I		Cartuchos x 3ml
		U.I		Lapiceras prellenadas x 3ml
Insulinas Análogas -Rápidas		U.I		
		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:	TEL:
LOCALIDAD-PROVINCIA:	

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO