

Lugar y fecha:

HISTORIA CLINICA

Nombre Y Apellido:

Edad:

DNI :

ALTA ()

RENOVACION ()

Antecedentes Personales:(marque con una cruz lo positivo)

DBT 1 DBT 2 DBT GESTACIONAL PIE DBT

DISLIPEMIA TIROIDEOPATIA ANEMIA

HTA ARRITMIA IAM CORONARIOPATIA INSUF CARDIACA

IRC DIALISIS TRANSFUSIONES

EPOC ASMA NEUMONIAS

ACV SECUELA NEUROLOGICO CONVULSIONES EPILEPSIA

REF GASTRO-ESOF GASTRITIS PANCREATITIS PAT.INTESTINAL

TRANSPLANTE.....

CIRUGIAS.....

CANCER.....

Fecha diagnóstico DBT.....

Medicación Actual:

- Insulina:
- HGO:.....
- Otros:.....

Estudios Complementarios:

Fondo de Ojo : Fecha

Sin Retinopatía Diabética

Con Retinopatía Diabética: Proliferativa/ No proliferativa

Cambio de tratamiento:

SI NO

Especifique nuevo:

Justifique:

Ultimo laboratorio:

EXAMEN	VALORES	FECHA DE REALIZACION
HbA1c		
Glucemia en Ayunas		
Función Renal:		
Creatinina		
Clearance de Creatinina		
Microalbuminuria		

Diabetes Gestacional

EXAMEN	VALORES	FECHA DE REALIZACION
PTOG		

Firma y Sello Medico

ANEXO III**PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS****1. DATOS FILIATORIOS**

Apellido y Nombre:

Fecha de nacimiento:

CUIT:

Tipo de Diabetes Mellitus:

1 2

Fecha de diagnóstico:

2. DATOS DEL EXAMEN FÍSICO

EXAMEN	VALORES	FECHA DE REALIZACIÓN
Peso		
Talla		
Circunferencia abdominal		
IMC		

3. COMORBILIDAD

HTA:

Si

No

Dislipemia:

Si

No

Tabaquismo:

Si

No

4. EXÁMENES (últimos 12 meses)

EXAMEN	VALORES	FECHA DE REALIZACIÓN
HbA1c:		
Glucemia en ayunas:		
Función renal:		
Creatinina		
Clearance de Creatinina		
Microalbuminuria		

5. DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO

Plan de alimentación saludable:

Si

No

Actividad física:

Si

No

Educación diabetológica:

Si ☐

No ☐

6. MEDICACIÓN (únicamente para beneficiarios insulino-dependientes y/o bajo tratamiento con hipoglucemiantes).

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO
Metformina			
Sulfonilureas (especificar cuál)			
iDPP4 (especificar cuál)			
Insulina basal (especificar cuál)	Lapicera		
	Vial		
Insulina rápida (especificar cuál)	Lapicera		
	Vial		
Otro			

7. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (únicamente para beneficiarios con hbA1C > 9).

EXAMEN	VALOR				FECHA DE REALIZACIÓN
Fondo de ojo:		Sin RD		RDNP	
Examen de pie:		No Realizado		Realizado	

Abreviaturas:

Sin RD: sin retinopatía diabética.

RDNP: retinopatía diabética no proliferativa.

RDP: retinopatía diabética proliferativa.

8. COMPLICACIONES (únicamente para beneficiarios con hbA1C > 9).

Hipoglucemia:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Retinopatía:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nefropatía:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Neuropatía:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cardiopatía isquémica:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Patología cerebrovascular:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pie diabético:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diálisis:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: EX-2019-54039832-APN-GGE#SSS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
DN: cn=GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE, c=AR, o=SECRETARIA DE GOBIERNO DE MODERNIZACION,
ou=SECRETARIA DE MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, serialNumber=CUIT 30715117564
Date: 2019.06.11 16:40:54 -03'00'

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
DN: cn=GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE, c=AR, o=SECRETARIA DE GOBIERNO DE MODERNIZACION,
ou=SECRETARIA DE MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, serialNumber=CUIT 30715117564
Date: 2019.06.11 16:40:55 -03'00'