

Ficha de Relevamiento / Recetario de Prescripción

Gerenciamento Médico de Patologías Crónicas

G.M.P.C.**Diabetes Mellitus**

Gerencia de Prestaciones Médicas

 Año Trimestre Calendario I 2 3 4 Fecha del informe Sexo F M
Datos del PacienteNombre y Apellido Fecha de Nac. Tipo y N° de documento Email Domicilio Ciudad Prov. Tel. **Ficha Médica**Diagnóstico de Diabetes Tipo 1 Tipo 2 Gestacional Otros Antecedentes familiares de Diabetes SI NO Años de Evolución < de 5 6 a 10 16 a 20 > de 21 Edad al diagnóstico años**Co-Morbilidades**Hipertensión SI NO Obesidad SI NO Dislipemia SI NO Tabaquismo SI NO **Complicaciones**Hipertrofia Ventricular SI NO Retinopatía SI NO Amputación SI NO Infarto agudo de Miocardio SI NO Ceguera SI NO Nefropatía SI NO Insuficiencia Cardíaca SI NO Neuropatía Periférica SI NO Diálisis SI NO Accidente Cerebrovascular SI NO Vasculopatía Periférica SI NO Trasplante Renal SI NO **Control de la Evolución**Fecha
Glucemia en Ayunas(mg%) Creatinina Sérica(mg%) Microalbuminuria Fecha Normal Fecha Patológ. HbA1c (%) T.A. Sistólica (mm Hg.) Fondo de Ojo Fecha Norm. Retinopatía Fecha Pat. LDL (mg %) T.A. Diastólica (mm Hg.) Examen de los pies Fecha Normal Fecha Patológ. Triglicéridos (mg %) Talla (m) Peso (kg.) Circunferencia abdominal **Tratamientos**Automonitoreo Glucémico SI NO Fármacos Antihipertensivos SI NO Actividad Física SI NO Fármacos Hipolipemiantes SI NO Cumple adecuadamente el tratamiento SI NO Acido Acetil Salicílico SI NO

	Monodroga	Presentación	Nombre Comercial	Dosis Diaria	Año de inicio del Tratam.
Hipoglucemiante	Glibenclamida <input type="checkbox"/>	5mg <input type="checkbox"/>		mg.	
Hipoglucemiante	Gliclazida <input type="checkbox"/>	80mg <input type="checkbox"/> 30mg <input type="checkbox"/> 60mg <input type="checkbox"/>		mg.	
Hipoglucemiante	Metformina <input type="checkbox"/>	500 <input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 850 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/>		mg	
Hipoglucemiante	Glimepiride <input type="checkbox"/>	2mg <input type="checkbox"/> 4mg <input type="checkbox"/>		mg.	
Hipoglucemiante	Pioglitazona <input type="checkbox"/>	15mg <input type="checkbox"/> 30mg <input type="checkbox"/> 45mg <input type="checkbox"/>		mg.	
Hipoglucemiantes	SAXAGL <input type="checkbox"/> SITAGL <input type="checkbox"/> VILDAGL <input type="checkbox"/> LINAGL <input type="checkbox"/>			mg.	
Hipoglucemiantes	Otros <input type="checkbox"/>				
Tiras reactivas	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		d/d	
Insulina	CTE <input type="checkbox"/> LISPR <input type="checkbox"/> ASPAR <input type="checkbox"/> GLUL <input type="checkbox"/>			U.I.	
Insulina	NPH <input type="checkbox"/> DETEM <input type="checkbox"/> GLARG <input type="checkbox"/> DEGL. <input type="checkbox"/>			U.I.	
Insulina	NPH + CTE <input type="checkbox"/> ASP.BIF <input type="checkbox"/> LISP.MIX <input type="checkbox"/>			U.I.	

Datos del Médico TratanteNombre y Apellido M.N. M.P. Domicilio Tel. Lugar Fecha Firma y Sello