

Ficha de Relevamiento / Recetario de Prescripción

Gerenciamiento Médico de Patologías Crónicas

G.M.P.C. Diabetes Mellitus

Primera Vez Si No Fecha Renovación Si No Fecha

Año Trimestre Calendario I 2 3 4 Fecha del informe Género F M

Datos del Paciente

Nombre y Apellido Fecha de Nac.

Tipo y N° de documento Email

Domicilio Ciudad Prov. Tel.

Ficha Médica

Tipo de diabetes mellitus Tipo 1 Tipo 2 Gestacional Otros Años de diagnóstico de diabetes

Datos del Examen Físico Peso (kg.) Talla (m) IMC Circunferencia de Cintura

Examen de pie Monofilamento Normal rdo

Complicaciones

Hipoglucemias SI Especificar Leve Retinopatía SI NO Nefropatía SI NO

NO Severa Neuropatía SI NO Macrovasculares SI NO

Co-Morbilidades

Hipertensión SI NO **Dislipemia** SI NO **Tabaquismo** SI NO

Plan de alimentación saludable SI NO **Actividad física** SI NO **Educación diabetológica** SI NO

Exámenes (últimos 12 meses)

HbA1c (%) **Glucemia en Ayunas (mg%)** **Fondo de Ojo Sin RD** RDNP RDP

Índice albúmina/creatinina en orina matinal No realizado Realizado **Examen de pie** No realizado Realizado

Tratamientos

| Monodroga | Presentación | Dosis Diaria | Año de inicio del Tratamiento |
|---|--|--------------|-------------------------------|
| Metformina | 500 <input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 850 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/> | | |
| Sulfonilureas (especificar cuál) | | | |
| IDPP4 (especificar cuál)[v1] | | | |
| Insulina basal (especificar cuál) | Vial <input type="checkbox"/> | | |
| | Lapicera <input type="checkbox"/> | | |
| Insulina rápida (especificar cuál) | Vial <input type="checkbox"/> | | |
| | Lapicera <input type="checkbox"/> | | |
| Otro | | | |
| Otro | | | |

Datos del Médico Tratante

Nombre y Apellido M.N. M.P.

Domicilio Tel.

Lugar Fecha Firma y Sello

Abreviaturas

IMC índice de masa corporal.

RDNP retinopatía diabética no proliferativa.

RD retinopatía diabética.

RDP retinopatía diabética proliferativa.