



# DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / FICHA REGISTRO VIGENCIA SEMESTRAL (Resol.2820/22 S.S.S.)

**DAR SALUD**  
RNOS OSPFeSIQyP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos de la Industria Química y Petroquímica RNOS 1-2800-3

Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a [asistencia@audifarmsalud.com.ar](mailto:asistencia@audifarmsalud.com.ar), por WhatsApp al 011-3841-6805. Ante cualquier consulta comuníquese al 011-3985-5439, en el horario de 8:00 a 17:00hs, los días hábiles.

Ingreso  Reingreso

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº DE BENEFICIARIO:

DNI TIPO:

DNI NRO:

DOMICILIO:

TEL.:

LOCALIDAD – PROVINCIA:

MAIL:

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

EDAD:

SEXO: F / M / O

DIAGNÓSTICO: TIPO 1

TIPO 2

GESTACIONAL

OTROS

Fecha diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Edad al diagnóstico:

Observaciones:

COMORBILIDADES: DISLIPEMIA

OBESIDAD

TABAQUISMO

HTA

Fecha diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con fecha):

CARDIOVASCULARES	Fecha	OFTALMOLOGICAS	Fecha	RENALES	Fecha
Hipert. Ventrículo Izq.		Retinopatía		Insuf. Renal Crónica	
Infarto Agudo Miocárdico		Ceguera		Nefropatía	
Stent		OTRAS		Diálisis	
Cirug. Revas. Miocárdica		Neuropatías		TX Renal	
Insuficiencia Cardíaca		Ulcera de Pie			
Acc. Isquémico Transitorio		Pie Diabético			
ACV		Amputaciones			
Vasculopatía Periférica		Hipoglucemias			

CONTROLES	VALOR	UNIDADES	FECHA	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas				
HbA1C				
LDLc Control asoc. a lipoproteína de baja				
Triglicéridos				
Microalbuminuria:	Sin Datos <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Patológico <input type="radio"/>			
TA Sistólica				
TA Diastólica				
Creatinina sérica				
Clearence de Creatinina				
Fondo de ojo:	Sin Datos <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Retinopatía Diabética <input type="radio"/>			
Exámen de pie:	No realizado <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado <input type="radio"/>			

EXAMEN FÍSICO: PESO ALTURA CIRC. ABDOMINAL IMC

Fecha de realización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TRATAMIENTO / ESTILO DE VIDA

Automonitoreo Glucémico	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Nº veces por día/semana:
Actividad Física	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Nº veces por día/semana:
Cumple adecuadamente tratamiento	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	En caso fumador, dejó de fumar? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Fármacos Antihipertensivos	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Educación diabetológica? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Fármacos Hipolipemiantes	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Plan de alimentación saludable? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Ácido Acetilsalicílico	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Cumple indicaciones dietarias? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Hipoglucemiante oral	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Insulina Basal SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
		Insulina de Corrección SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>



## DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / FICHA REGISTRO VIGENCIA SEMESTRAL (Resol.2820/22 S.S.S.)

**DAR SALUD**  
RNOS OSPFeSIQyP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos de la Industria Química y Petroquímica RNOS 1-2800-3

**NOTA:** Es requisito indispensable que el médico tratante complete la **DOSIS DIARIA** solicitada en el cuadro, a fines de una correcta auditoría.  
Ley 25.649, Art. Segundo "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común Internacional que se indique, seguida de su forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración".

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRES. DOSIS	DOSIS DIARIA	CAJAS MENS.	AÑO INICIO
INSULINAS BASALES	NPH		U.I	U.I/d		
	GLARGINA		U.I	U.I/d		
	DETEMIR		U.I	U.I/d		
	DEGLUDEC		U.I	U.I/d		
INSULINAS PRANDIALES	CTE		U.I	U.I/d		
	ASPÁRTICA		U.I	U.I/d		
	GLULISINA		U.I	U.I/d		
	LISPRO		U.I	U.I/d		
INSULINAS MIXTAS	NPH + CTE		U.I	U.I/d		
	ASPÁRTICA BIFÁSICA		U.I	U.I/d		
	LISPRO MIX		U.I	U.I/d		
HIPOGLUCEM. ORALES	METFORMINA		mg	mg/d		
	GLIMEPIRIDE		mg	mg/d		
	PIOGLITAZONA		mg	mg/d		
	GLICLAZIDA		mg	mg/d		
	VILDAGLIPTINA		mg	mg/d		
	SITAGLIPTINA		mg	mg/d		
ACCESORIOS	TIRAS REACTIVAS		u.	u./d		
	AGUJAS DESCARTABLES		u.	u./d		
	LANCETAS		u.	u./d		
	MEDIDOR DE GLUCOSA					
GLUCAGÓN				U.I/d		

### FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN:

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA DE PRESCRIPCIÓN

**IMPORTANTE:** La presente debe estar acompañada de la prescripción / receta original para cada retiro mensual, es decir que la planilla no reemplaza a la orden médica para el retiro por mostrador de farmacia.