



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

## PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

FECHA DE REGISTRO \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL \_\_\_\_\_

Edad al diagnóstico \_\_\_\_\_ Edad actual \_\_\_\_\_

**DM Tipo 1**

**DM Tipo 2**

1- Factores de riesgo asociados (consignar con una X lo que corresponda)

Dislipemia	
Obesidad	
Tabaquismo	

2. Complicaciones (Se deberá consignar con una X lo que corresponda SI/NO, en caso positivo deberá consignar fecha)

COMPLICACIONES	SI	NO	FECHA
Hipoglucemia			
Hipertrofia Ventricular			
Infarto Agudo de Miocardio			
Insuficiencia Cardiaca			
Accidente Cerebrovascular			
Retinopatía			
Ceguera			
Neuropatía periférica			
Vasculopatía periférica			
Amputación			
Nefropatía			
Diálisis			
Trasplante renal			

3. Estudios de Seguimiento (Se deberá consignar resultado o valor y fecha de realización)

En caso de no haber realizado, consignar no realizó.

Las variables consideradas para cada estudio se deberán consignar en valor numérico junto a la unidad en que se expresa. Fecha consignar con mes y año (01/2001)

Controles	Resultado	Fecha
<b>Glucemia en ayunas.</b> Rango: 0-1500 y la unidad se expresa en "mg/dL"		
<b>HbA1C.</b> Rango: 1-20 (permite comas hasta dos espacios) y se expresa en unidad "%"		
<b>LDLC.</b> Rango: 0-1000 y la unidad se expresa en mg/dL"		
<b>Triglicéridos.</b> Rango: 0-2000 y la unidad se expresa en "mg/dL"		
Microalbuminuria		
TA sistólica		
TA diastólica		
Creatinina sérica		
Urea		
Fondo de Ojo		
Peso		
Talla		
Circunferencia abdominal		
Funcion Renal		
Examen de Pie		



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

4. Tratamiento (consignar con una X lo que corresponda)

	SI	NO
Cambios de estilo de vida		
Farmacológico		
Automonitoreo glucémica		
Actividad Física		
Cumple adecuadamente tratamiento		

Fármaco utilizado	SI/NO	Detalle/ Droga
Fármacos antihipertensivos		
Fármacos Hipolipemiantes		
Ácido Acatil Salicilico		
Hipoglicenilantes orales		
Insulina 1		
Insulina 2		

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO PRESCRIPTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA