



DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA REGISTRO
VIGENCIA SEMESTRAL (Resolución 2820/2022 S.S.S.)
Obra Social de Choferes de Camiones RNOS 1-0580-4

Ingreso ☐ Reingreso ☐

FECHA: * ____/____/____

NOMBRE Y APELLIDO*:

Nº DE BENEFICIARIO*:

Nº DE DOCUMENTO*:

LOCALIDAD - PROVINCIA:

TEL. /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)*:

CARDIOVASCULARES	Fecha	OTALMOLOGICAS	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		Úlcera de Pie		Todos los datos deben ser completados por el profesional tratante. Los campos con * son obligatorios. Toda enmienda, cambio de tinta y/o letra debe ser salvada por el profesional con sello y firma.	
Acc. Isquémico Transitorio		Pie Diabético			
ACV		Amputaciones			
Vasculopatía Periférica		Hipoglucemias			

CONTROLES	VALOR	FECHA	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas*			
HbA1C*			
LDLc Control asoc. a lipoproteína de baja*			
Triglicéridos*			
Microalbuminuria*: Sin Datos ☐ Normal ☐ Patológico ☐			
TA Sistólica*			
TA Diastólica*			
Creatinina sérica*			
Clearence de Creatinina*			
Fondo de ojo*: Sin Datos ☐ Normal ☐ Retinopatía Diabética ☐			
Examen de pie*: No realizado ☐ Normal ☐ Alterado ☐			

EXAMEN FÍSICO:

PESO*

ALTURA*

CIRC. ABDOMINAL*

IMC

Fecha de realización*: ____/____/____

TRATAMIENTO / ESTILO DE VIDA

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



OSCHOCA

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA REGISTRO

VIGENCIA SEMESTRAL (Resolución 2820/2022 S.S.S.)

Obra Social de Choferes de Camiones RNOS 1-0580-4

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 / PRESENTACIÓN*		NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DIARIA*	AÑO DE INICIO
INSULINAS BASALES	NPH	Vial ☐ Lapicera ☐		U.I.	
	GLARGINA 100 UI ☐ 300 UI ☐	Vial ☐ Lapicera ☐		U.I.	
	DETEMIR	Vial ☐ Lapicera ☐		U.I.	
	DEGLUDEC 100 UI ☐ 200 UI ☐	Vial ☐ Lapicera ☐		U.I.	
INSULINAS PRANDIALES	CTE	Vial ☐ Lapicera ☐		U.I.	
	ASPÁRTICA	Vial ☐ Lapicera ☐		U.I.	
	GLULISINA	Vial ☐ Lapicera ☐		U.I.	
	LISPRO 100 UI ☐ 200 UI ☐	Vial ☐ Lapicera ☐		U.I.	
INSULINAS MIXTAS	NPH + CTE	Vial ☐ Lapicera ☐		U.I.	
	ASPÁRTICA BIFÁSICA	Vial ☐ Lapicera ☐		U.I.	
	LISPRO+LISPRO PROT. 25 ☐ 50 ☐	Vial ☐ Lapicera ☐		U.I.	
GLUCAGÓN				U.I.	
BUGIANIDAS	METFORMINA	mg		mg/d	
SULFONILUREAS	GLIMEPIRIDE	mg		mg/d	
	GLIPIZIDA	mg		mg/d	
	GLICLAZIDA	mg		mg/d	
iDPP4	VILDAGLIPTINA	mg		mg/d	
	SITAGLIPTINA	mg		mg/d	
iTZD	PIOGLITAZONA	mg		mg/d	
iSGLT2	EMPAGLIFLOZINA	mg		mg/d	
	CANAGLIFLOZINA	mg		mg/d	
	DAPAGLIFLOZINA	mg		mg/d	
ACCESORIOS	TIRAS REACTIVAS			u./d	
	LANCETAS			u./d	
	AGUJAS DESCARTABLES			u./d	
MEDIDOR DE GLUCOSA					

IMPORTANTE: LAS AUTORIZACIONES ESTAN SUJETAS A LA AUDITORIA SEGÚN A LA RESOLUCIÓN 2028/2022 DEL MINISTERIO DE SALUD Y EN BASE AL TRATAMIENTO DE CADA PACIENTE.

Para justificar el uso de iDPP-4 y/o iSGLT2 se deben completar los siguientes campos*:

HbA1C anterior (de 3 a 6 meses)	Valor:	Fecha:
Microalbuminuria anterior (de 3 a 6 meses)	Valor:	Fecha:
Enfermedad Vascular Establecida:	SI ☐ NO ☐ (Marcar en la hoja anterior la correspondiente)	
Nefropatía Diabética en tratamiento con:	IECA ☐ ARA II ☐	

FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN*:

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL*

FECHA DE PRESCRIPCIÓN*