

## **INSTRUCTIVO DE EMPADRONAMIENTO DE DIABETES**

Sr. Afiliado/a

Para el empadronamiento de diabetes deberá cumplimentar la totalidad de la documentación detallada a continuación:

- **Formulario de Historia Clínica/Prescripción Médica** al Inicio y cada 6 meses, con todos los datos COMPLETOS por el profesional tratante y fecha actualizada.
- Resultados de Laboratorio actualizados.
- Cuando se trate de pedido de Excepción, Bombas o Sensores deberá presentar la Receta correspondiente con fecha actualizada.
- **Debe tener en su poder las recetas de cada medicación e insumo para poder retirar en Farmacia, con fecha vigente.**

Gerencia Médica  
Sector Medicamentos  
Unión Personal  
Accord Salud



Año		Trimestre calendario		Fecha:				Hoja 1/2
NOMBRE Y APELLIDO:								
Nº DE BENEFICIARIO			DOCUMENTO IDENTIDAD. TIPO			Nº		
DOMICILIO:								Te.:
LOCALIDAD – PROVINCIA:								
FECHA DE NACIMIENTO:			EDAD:		SEXO: F/M/O			
DIAGNÓSTICO:		DTM1		DTM2		GESTACIONAL		OTROS
Fecha diagnóstico DTM								
COMORBILIDADES:		HTA		OBSESIDAD		DISLIPEMIA		TABAQUISMO
Fecha diagnóstico								
EXAMEN FÍSICO:			CIRCUNF.					
		PESO		ALTURA		ABDOMINAL		IMC
Fecha diagnóstico:								
COMPLICACIONES (Completar solo las respuestas afirmativas con fecha)								
CARDIOVASCULARES		Fecha	RENALES		Fecha	OTRAS		Fecha
Hipert. Ventrículo Izq.			Insuf. Renal Crónica			Neuropatías		
Infarto Agudo Miocárdico			Nefropatía			Úlcera de pie		
Stent			Diálisis			Pie diabético		
Cirug. Revas. Miocárdica			Tx. Renal			Amputaciones		
Insuficiencia Cardíaca						Hipoglucemias		
Acc. Isquémico Transitorio			OFTALMOLOGICAS		Fecha			
ACV			Retinopatía					
Vasculopatía Periférica			Ceguera					
CONTROLES		FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES			
Glucemia en ayunas								
HbA1C								
LDLc Colesterol Asoc. a lipoproteína de baja								
Triglicéridos								
Microalbuminuria								
Creatinina sérica								
Clearance de Creatinina								
TA sistólica / TA diastólica								
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS								FECHA
Fondo de ojo		Sin RD		RDNP		RDP		
Sin RD: sin retinopatía diabética		RDNP: retinopatía diabética no proliferativa		RDP: retinopatía diabética proliferativa				
Exámen de pie		Realizado (S/N)		Normal		Alterado		
<div>FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE</div> <div>FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO</div>								

## DIABETES MELLITUS

### HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA DE REGISTRO

Año  Trimestre calendario  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hoja 2/2

#### TRATAMIENTO / PRESCRIPCIÓN

MONODROGA	ORIGEN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION / NOMBRE COMERCIAL
Insulina	Corriente	Humana	U.I.	Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulina	N.P.H.	Humana	U.I.	Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulinas Análogas – Acción Prolongada		U.I.		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulinas Análogas - Rápidas		U.I.		
Hipoglucemiantes Orales	METFORMINA	mg		
	PIOGLITAZONA	mg		
	GLICLAZIDA	mg		
	GLIMEPIRIDE	mg		
	VILDAGLIPTINA	mg		
	SITAGLIPTINA	mg		
GLUCAGON				
TIRAS REACTIVAS		tiras		
		tiras		
OTROS				
OTROS				

#### OTROS TRATAMIENTOS

NOMBRE GENÉRICO MEDICAMENTO	UNIDADES X TOMA	TOMAS X DÍA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

#### FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN INDICADA:

ESTILO DE VIDA	Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)
Automonitoreo (S/N)      Nº veces por día/semana:	Educación diabetológica? (S/N)
Actividad Física (S/N)	Plan de alimentación saludable? (S/N)
En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N)      Nº cigarrillos x día:	Cumple indicaciones dietarias? (S/N)

#### MÉDICO TRATANTE:

DOMICILIO:

TE.:

LOCALIDAD – PROVINCIA:

FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO