



PLANILLA DE CONTROL
GRUPOS DE RIESGO - DIABETES

Apellido y Nombre:.....N° Afiliado:.....
Domicilio:.....Teléfono:.....
Fecha de Nac:...../...../.....Diabetes Tipo I, II, Otros:.....Fecha de Diagnóstico Enfermedad.....

FICHA CLINICA:

SI

NO

Antec. Familiar en 1er. Grado:.....

FORMA DIAGNÓSTICO

Azar	
Sintomatología	
PTG	

PATOLOGÍA ASOCIADA

HTA	
Dislipidemia	
DBT Gestacional o RN > 4500	
<input checked="" type="checkbox"/> Obesidad	
Otra Patología Asociada	

TRATAMIENTO

INS:.....SULF:.....BIG:.....INSUL:.....GLTZ:.....GLINIDAS:.....
¿Cuáles?.....

LABORATORIO	FECHA DE CONTROL	Colesterol Total
Glucemia	Creatinina	Colesterol HDL
Glucosuria	CL Creatinina	Triglicéridos
Cetonuria	HBA Glicos	Microalbuminuria

EXAMEN FISICO

Frecuencia Cardíaca:.....Talla:.....Peso:.....

Tensión Arterial Paciente de Pie		Tensión Arterial Paciente Decúbito	
Sistólica:	Diastólica:	Sistólica:	Diastólica:

EXAMEN PIES

Infección:.....Angiop/bypass:.....Otros ¿Cuáles?.....
Pulsos pedio ausente/disminuido:.....Sensibilidad alterada:.....
Interconsulta Cardiológica:.....IAM:.....Bypass:.....
Interconsulta Oftalmol.:.....Retinopatía proliferativa:.....Fotocoagulación:.....

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

SI

NO

Medicación:.....
Plan Alimentario:.....
Tabaco:.....
Alcohol:.....
Actividad Física:.....
Educación sobre Enfermedad:.....
Hipoglucemias:.....
Internación (diagnóstico):.....

Hemodiálisis

SI

NO

.....
Firma y Sello Médico

RECETARIO por favor completar con letra legible, misma tinta y sin enmiendas

Lugar y fecha de Prescripción:

Apellido y Nombres:

N° Beneficiario	DNI	CUIL TITULAR	PARENTESCO	Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso	Talla	Teléfono
-----------------	-----	--------------	------------	------	---	------	-------	----------

DIAGNOSTICO:

	NOMBRE GENERICO (Ley 25.649)	PRESENTACION	DOSIS DIARIA	TOTAL DOSIS/MES	CANT. ENVASES
Rp/1					
Rp/2					
Rp/3					

Firma y Sello Médico Especialista Tratante Rp/1 _____ Rp/2 _____ Rp/3 _____	Intervención de la Auditoría Médica de OSPCYD avalando la medicación Firma y Sello Médico auditor OSPCYD
--	---

Firma Farmacéutico y Sello Farmacia Fecha de Dispensa _____	Firma Paciente o Tercero Interviniente _____ Aclaración y DNI del Paciente O Tercero Interviniente _____	
--	---	--