



DIABETES MELLITUS					
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO					
Año: <input type="text"/>	Trimestre calendario: <input type="checkbox"/>	Fecha: <input type="text"/>	Hoja 2/2		
<b>TRATAMIENTO / PRESCRIPCION</b>					
MONODROGA	OR GEN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION	
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			
Hipogluc. Orales	METFORMINA	Mg			
	PIOGLITAZONA	Mg			
	GLICLAZIDA	Mg			
	GLIMEPIRIDE	Mg			
	VILDAGLIPTINA	Mg			
	SITAGLIPTINA	Mg			
		Mg			
		Mg			
GLUCAGON					
TIRAS REACTIVAS		tiras			
		tiras			
OTROS					
OTROS					
<b>OTROS TRATAMIENTOS</b>					
NOMBRE GENERICO MEDICAMENTO			UNIDADES X TOMA	TOMAS X DIA	TOMAS X SEMANA
Antihipertensivos					
Hipolipemiantes					
Antiagregantes					
<b>FUNDAMENTACION MEDICA DEL USO DE LA MEDICACION INDICADA:</b>					
<b>ESTILO DE VIDA</b>			Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)		
Automonitoreo (S/N) N° 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)			Cumple indicaciones dietarias? (S/N)		
<b>MEDICO TRATANTE:</b>					
DOMICILIO:			TE:		
LOCALIDAD - PROVINCIA:					
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE			FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO		