



A continuación se encuentran las planillas de Registro de Pacientes con Diabetes Mellitus, Res. 948/19 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

- Las mismas deben ser completadas por su médico tratante (especialista).
- Una vez completas, firmadas y selladas por el profesional; deben ser presentadas la en las Delegaciones o en OSTel Central.

Le hacemos llegar nuestro cordial saludo agradeciendo su colaboración en este proceso,

Equipo de Salud OSTel



## DIABETES MELLITUS

### HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

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

#### TRATAMIENTO / PRESCRIPCION

MONODROGA	ORIGEN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION / NOMBRE COMERCIAL
Insulina	Contiente 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
		U.I		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	
GLUCAGON				
TIRAS REACTIVAS		tiras		
		tiras		
OTROS				
OTROS				

#### OTROS TRATAMIENTOS

NOMBRE GENERICO MEDICAMENTO	UNIDADES X TOMA	TOMAS X DIA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

#### FUNDAMENTACION MEDICA DEL USO DE LA MEDICACION INDICADA:

#### ESTILO DE VIDA

Automonitoreo (S/N) N° veces por día / semana:	Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)
Actividad Física (S/N)	Educación diabetológica? (S/N)
En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N)	Plan de alimentación saludable? (S/N)
	Cumple indicaciones dietarias? (S/N)

MEDICO TRATANTE:

DOMICILIO:

TE:

LOCALIDAD - PROVINCIA:

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
IF-2019-66520323-APN-GGE#SSS  
FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO