osrja
Mejor cada día

PLANILLA OBLIGATORIA TRATAMIENTO DIABETES

Ley Nº 1156/14 – 621/16
Superintendencia de Servicios de Salud

Nº CUIL	Apellido y Nombres	Nº de Beneficiario

DBT Tipo 1	DBT Tipo 2	Edad Actual	Edad al Diagnóstico	Antecedentes	Peso	Talla	IMC	CC

Complicaciones	Si	No	Fecha
Dislipemia			
Obesidad			
Tabaquismo			
Hipertrofia Ventricular			
Inf. Agudo del Miocardio			
Insuficiencia Cardíaca			
A.C.V.			
Retinopatía			
Ceguera			
Neuropatía Periférica			
Vasculopatía Periférica			
Amputación			
Nefropatía			
Diálisis			
Presenta Hipoglucemia			
Trasplante Renal			
Macrovascular			

Laboratorios y Otros *	Valores	Fecha
Glucemia en Ayuno		
HBA1C		
LD.LC		
Triglicéridos		
Microalbuminuria		
Microalbuminuria	Normal?	Patológica?
T:A Sistólica		
T:A Diastólica		
Creatinina		
Fondo de ojos		
Fondo de ojos	Normal?	Retinopatía?
Función Renal		
Urea		
Examen de Pie		

Observaciones:

Actividad y Tratamiento en curso	Si	No
Automonitoreo DBT		
Cumple Adec. con el tratamiento		
Realiza Actividad Física		

Actividad y Tratamiento en curso	Si	No
Fármacos Hipolipemiantes		
Fármacos Antihipertensivos		
Ácido Acetil Salicílico		

Medicamentos Utilizados:	Dosis /dia	Comp./dia	Comp./mes.

Insulinas	Marca	Presentación	Dosis/dia	Cant. Aplic/dia	Dosis/Mes

Tiras Reactivas SI / NO.	Tipo / Marca	Cantidad / dia.	Cantidad / mes.

*** ADJUNTAR COPIAS DE LABORATORIOS Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS.**

...../...../.....

F E C H A	Firma y Sello del Médico Tratante

Mejor cada día

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

DIABETES TIPO I O II

Ley. Nº 1156/14 – 621/16 -731/23

☐ **DATOS DE BENEFICIARIO:**

Apellido:	Nombre:
Nº de Beneficiario:	Nº de Documento:
Edad:	Sexo:

☐ **FECHA DEL DIAGNOSTICO:**

☐ **ANTECEDENTES ENFERMEDAD ACTUAL:**

☐ **DETALLE DEL TRATAMIENTO INDICADO** :

☐ **TRATAMIENTOS ANTERIORES:**

* **Adjuntar copia de estudios complementarios**

***El resumen de Historia clínica deberá ser actualizado y presentado cada 6 meses, según resolución 731/2023.de la SSSalud.**

…… ……/……/…….

Firmay Sello del médico tratante. **Fecha.**