

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA DIABETES

Ante el requerimiento de medicación y/o insumos para diabetes se deberá presentar en la Obra Social:

- Prescripción médica, con nombre genérico, firmada por especialista
- La presente planilla, totalmente completa, en original
- Fotocopia del último laboratorio completo, incluyendo glucemia, HBA 1C, triglicéridos y LDL

DIABETES MELLITUS					
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO					
Año: <input type="text"/>	Trimestre calendario: <input type="text"/>	Fecha: ___/___/___	Hoja 1/2		
NOMBRE Y APELLIDO:					
Nº DE BENEFICIARIO:	DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO:	NRO.:			
DOMICILIO:			TE:		
LOCALIDAD - PROVINCIA:					
FECHA DE NACIMIENTO:	Edad:	SEXO: F / M	<input type="checkbox"/>		
DIAGNOSTICO:	DTM1 <input type="checkbox"/>	DTM2 <input type="checkbox"/>	GESTACIONAL <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	
Fecha diagnóstico DTM	<input type="text"/>	Edad al diagnóstico	<input type="text"/>	Obs: _____	
COMORBILIDADES:	HTA <input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>	DISLIPEMIA <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO <input type="checkbox"/>	
Fecha diagnóstico:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
EXAMEN FISICO:	PESO <input type="text"/>	ALTURA <input type="text"/>	CIRCUNF. ABDOMINAL <input type="text"/>	IMC <input type="text"/>	
Fecha de realización	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)					
CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS	Fecha
Hipert. Ventrículo Izq.		Insuf. Renal Crónica		NEUROPATIAS	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ULCERA DE PIE	
Stent		Diálisis		PIE DIABETICO	
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					
Clearence de Creatinina					
TA sistólica / TA diastólica					
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS				FECHA	
Fondo de ojo	<input type="checkbox"/> Sin RD	<input type="checkbox"/> RDNP	<input type="checkbox"/> RDP		
Sin RD: sin retinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDP: retinopatía diabética proliferativa					
Exámen de pie	<input type="checkbox"/> Realizado (S/N)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
_____			_____		
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE			FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO		

DIABETES MELLITUS				
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO				
Año: <input type="text"/>	Trimestre calendario: <input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Hoja 2/2	
TRATAMIENTO / PRESCRIPCION				
MONODROGA	ORIGEN		DOSIS DIARIA	AÑO INICIO
Insulina	Corriente	Humana	U.I	
Insulina	N.P.H.	Humana	U.I	
Insulinas Análogas - Acción Prolongada			U.I	
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				
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:				
<hr/> FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE			<hr/> FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO	

- El beneficiario deberá concurrir al médico tratante con la presente Planilla de Solicitud de Medicamentos e Insumos para Diabetes y las recetas pertinentes a cada mes sucesivo hasta 3 meses (una receta por cada mes). Todo será auditado y autorizado por la Auditoría Médica de la Obra Social. Tanto la planilla como los recetarios se podrán bajar de la página web de la Obra Social
 - El beneficiario deberá concurrir conjuntamente con la receta mensual a la farmacia elegida de la Red donde se le procederá a la entrega de la medicación
 - Al mes siguiente solo asistirá a la farmacia para la provisión de la medicación con otra receta original. De igual modo deberá actuar para el tercer mes de retiro.
- Antes de cumplir el período de 3 meses, o cuando cambie de medicación o de dosis diaria, se deberá presentar todo lo antes detallado nuevamente ante la Obra Social.

Aclaraciones:

- La prescripción médica debe contener nombre genérico (según Ley N° 25649) y estar firmada por médico tratante
- La planilla es trimestral, o cuando haya cambio de dosis o medicación
- Por cada Planilla de Solicitud de Medicamentos e Insumos para Diabetes son necesarias 3 recetas, para 3 meses diferentes (Ej: enero, febrero, marzo)
- Estas 3 recetas auditadas son entregadas al afiliado para retirar la medicación en la farmacia