

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: _____	Trimestre calendario: _____	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: _____	Edad al diagnóstico: _____	Obs: _____		
COMORBILIDADES: HTA <input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>	DISLIPEMIA <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO <input type="checkbox"/>	
Fecha diagnóstico: _____	_____	_____	_____	_____
EXAMEN FISICO: PESO: _____	ALTURA: _____	CIRCUNF. ABDOMINAL: _____	IMC: _____	
Fecha de realización: _____	_____	_____	_____	_____
COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)				
CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS
Hipert. Ventriculo Izq.		Insuf. Renal Crónica		NEUROPATIAS
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatia		ULCERA DE PIE
Stent		Diálisis		PIE DIABETICO
Cirug. Revas. Miocárdica		TX Renal		AMPUTACIONES
Insuficiencia Cardiaca		OFTALMOLOGICAS	Fecha	HIPOGLUCEMIAS
Acc. Isquémico Transitorio		Retinopatía		
ACV		Ceguera		
Vasculopatia Periférica				
CONTROLES		FECHA	VALOR	UNIDADES
Glucemia en ayunas				OBSERVACIONES
HbA1C				
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja				
Triglicéridos				
Microalbuminuria				
Creatinina sérica				
Clarence 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				