

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: _____					
N° DE BENEFICIARIO: _____		DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO: _____ NRO.: _____			
DOMICILIO: _____				TE: _____	
LOCALIDAD - PROVINCIA: _____					
FECHA DE NACIMIENTO: _____		Edad: _____		SEXO: F / M	
DIAGNOSTICO: DTM1		DTM2		GESTACIONAL	
OTROS		Fecha diagnóstico DTM			
Edad al diagnóstico		Obs: _____			
COMORBILIDADES: HTA		OBESIDAD		DISLIPEMIA	
TABAQUISMO		Fecha diagnóstico:			
EXAMEN FISICO: PESO		ALTURA		CIRCUNF. ABDOMINAL	
IMC		Fecha de realización			
COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)					
CARDIOVASCULARES		RENALES		OTRAS	
Fecha		Fecha		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			
ACV		Fecha			
Vasculopatía Periférica		Retinopatía			
		Ceguera			
CONTROLES		FECHA		VALOR	
Glucemia en ayunas				UNIDADES	
HbA1C				OBSERVACIONES	
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja					
Triglicéridos					
Microalbuminuria					
Creatinina sérica					
Clearance de Creatinina					
TA sistólica / TA diastólica					
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS					FECHA
Fondo de ojo Sin RD RDNP RDP					
Sin RD: sin retinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDP: retinopatía diabética proliferativa					
Exámen de pie Realizado (S/N) Normal Alterado					
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE					
FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO					

DIABETES MELLITUS									
HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA DE REGISTRO									
Año:		Trimestre calendario:		Fecha: / /			Hoja 2/2		
TRATAMIENTO / PRESCRIPCIÓN									
MONODROGA		ORIGEN		DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACIÓN / NOMBRE COMERCIAL			
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	N.P.H.			U.I		Cartuchos x 3 ml			
	N.P.H.			U.I		Lapiceras prellenadas x 3 ml			
Insulinas Análogas - Rápidas	N.P.H.			U.I					
	N.P.H.			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 GENÉRICO MEDICAMENTO					UNIDADES X TOMA	TOMAS X DÍA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL	
Antihipertensivos									
Hipolipemiantes									
Antiagregantes									
FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN INDICADA:									
ESTILO DE VIDA					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)				
MÉDICO TRATANTE:									
DOMICILIO:					TE:				
LOCALIDAD - PROVINCIA:									
FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE					FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO				