

# PLAN OBESIDAD Y MEDICACIÓN ESPECÍFICA RELACIONADA

## Requisitos para la aprobación de medicación

**Esta planilla debe ser llenada por (Médico Nutricionista, Diabetólogo o endocrinólogo)**

MAYORES de 18 AÑOS

CON IMC DE 30 o más o IMC DE ENTRE 27 Y 30 CON AL MENOS UNA COMORBILIDAD (diabetes, hipertensión, dislipidemia, apnea obstructiva del sueño, síndrome de hiperventilación, etc).

Presentación Planilla Programa de Obesidad debiendo actualizar cada tres meses una vez instaurado el tratamiento.

### Datos del Afiliado

Nombre Apellido(s) \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al programa \_\_\_\_\_

Consignar el que numero de pedido es el presente Ejemplo: 1er pedido, 2 do pedido, 3er pedido ETC.....

Diagnóstico (CIE10) \_\_\_\_\_

### Historia clínica con valoración nutricional

Peso \_\_\_\_\_

Talla \_\_\_\_\_

Índice de Masa Corporal (IMC). Kg/m<sup>2</sup>\_\_\_\_\_

Circunferencia abdominal \_\_\_\_\_

Tensión Arterial \_\_\_\_\_

**Registro de Comorbilidades (HTA, Apnea del Sueño, Dislipemia, Cardiopatías) consignar en siguiente renglón.**

---

### Historia dietética. (Evolución del peso en los últimos 6 meses)

Registro de peso en los últimos 6 meses con al menos pérdida de 1 kg x mes (6 KG en 6 meses) que demuestren compromiso con el tratamiento.

Consignar peso inicial \_\_\_\_\_

Mes	Peso

<b>Total Peso Perdido</b>	

**Adjuntar Laboratorio:** Hemograma, Glucemia en ayunas, Colesterol total, HDL, LDL, TG, Ácido úrico, Insulinemia, Hepatograma. (Presentar Laboratorios)

**Examen cardiovascular.** Evaluación de riesgo cardiovascular con seguimiento bimensual e informe.

**Ecografía abdominal.** Presentar Resultado

**Plan de actividad física.** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

#### **Pedido Médico**

**Para autorizar subsiguientes indicaciones de solicita evolución del peso donde se constate la disminución progresiva del mismo a partir del comienzo del tratamiento. La no pérdida de peso es pasible de no autorización.**

**Una vez iniciado el tratamiento ES CONDICIÓN que el paciente disminuya 6 kg en 4 semanas ó 1.5 por semana durante las primeras 4 semanas para continuar la autorización de saxenda”**

**Luego de las primeras cuatro semanas, y logrado este objetivo se aprobara el tratamiento durante 3 meses y solo si el paciente ha perdido al menos el 5% de su peso corporal inicial después de 12 semanas en tratamiento con una dosis diaria de mg”**

**En el caso de solicitar NALTREVA (naltrexona 8 mg) SE EXIGE PREVIA EVALUACIÓN POR CARDIOLOGÍA con certificado de aptitud para el uso del mismo.**

#### **Observaciones**

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Firma**  
**Sello del médico tratante**