

## SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON DULAGLUTIDE

---

### ***Completar con letra legible***

**Esta obra social se reserva el derecho de rechazar el formulario en el caso de que estuviera incompleto o con letra ilegible**

Nombre y apellido del o la paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Número de afiliación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Profesional tratante (nombre y matrícula): \_\_\_\_\_

Contacto del médico o la médica: \_\_\_\_\_

Prescripción solicitada (nombre genérico y dosis): \_\_\_\_\_

---

Diagnóstico codificado CIE-10 \_\_\_\_\_

Tratamientos previos:

<b>Genérico/s</b>	<b>Dosis</b>	<b>Tiempo de tratamiento</b>

Para el primer pedido de autorización se solicitará presentar Hb A1c en caso de que la misma se encontrara fuera de los valores normales se consultará el registro nacional de validaciones de medicamentos donde se constará el uso histórico de medicamentos... de probarse adherencia al tratamiento al menos durante los últimos 6 meses con otros antidiabéticos orales y/o inyectables, más el reporte del médico prescriptor de no respuesta al tratamiento, entonces; se autorizará el Dulaglutide

## SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON DULAGLUTIDE

---

### **Considerandos para la autorización de Dulaglutide**

1. Adjuntar receta médica junto al formulario.
2. Como se desconoce si el Dulaglutide puede utilizarse por personas que han tenido inflamación del páncreas (pancreatitis) no se autorizará en pacientes con antecedentes de tales tipos.
3. No se autorizará en personas con diabetes tipo 1.
4. No se autorizará para personas con trastornos estomacales o intestinales severos.
5. Como se desconoce su seguridad y efectividad en niños, no será NUNCA autorizado en menores de 18 años.
6. No se autorizará si el paciente o alguien de su familia ha padecido un tipo de cáncer tiroideo llamado carcinoma medular de tiroides
7. No se autorizará si el paciente padece de síndrome de Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 2 (NEM 2)
8. No se autorizará en pacientes con alteraciones renales agudas o crónica
9. No se autorizará si existieren tines antecedentes de retinopatía diabética o patologías visuales resultantes de la diabetes por lo que deberá presentar fondo de ojo y OCT (tomografía de coherencia óptica).
10. No se autorizará en caso de embarazo o lactancia.

**Ante cada indicación de Dulaglutide se deberá responderá a las siguientes preguntas y a pie de las respuesta firmar a modo de declaración jurada.**

¿Sufre IRC y/o se dializa? \_\_\_\_\_

¿Sufre de alguna enfermedad intestinal o gástrica? \_\_\_\_\_

¿Padeció o padece pancreatitis? \_\_\_\_\_

¿Está embarazada o lactando? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido algún tipo de cáncer tiroideo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional