

# FORMULARIO DIABETES

VÁLIDO SOLO PARA MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON DIABETES-  
COBERTURA 100%, SEGÚN RESOLUCIÓN 1156/14



OBRA SOCIAL (SIGLAS)

N° S.S.S.

TRIMESTRE CALENDARIO:

## DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO  NOMBRE  SEXO  F  M

DOC. TIPO  NRO.  FECHA DE NACIMIENTO

N° AFILIADO  TELÉFONO

CALLE  N°  PISO  DPTO.  COD. POSTAL  BARRIO

LOCALIDAD  PROV.  E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)

## DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

APELLIDO  NOMBRE

MATRÍCULA  ESPECIALIDAD

DOMICILIO - LOCALIDAD - PROVINCIA

TELÉFONO  TEL. CELULAR

E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA DEL DIAGNÓSTICO

EDAD DEL DIAGNÓSTICO

### DIAGNÓSTICO

TIPO 1  TIPO 2  GESTACIONAL  OTROS

### COMORBILIDADES:

HTA  OBESIDAD  DISLIPIDEMIA  TABAQUISMO

FECHA DE DIAGNÓSTICO

### COMPLICACIONES:

HIPERT. VENTRÍCULO IZQ.	<input type="text"/>	INSUF. RENAL CRÓNICA	FECHA <input type="text"/>	NEUROPATÍAS	FECHA <input type="text"/>
STENT	<input type="text"/>	NEFROPATÍA	<input type="text"/>	ÚLCERA DE PIE	<input type="text"/>
INFARTO AGUDO MIOCÁRDICO	<input type="text"/>	DIÁLISIS	<input type="text"/>	PIE DIABÉTICO	<input type="text"/>
CIRUG. REVAS. MIOCÁRDICA	<input type="text"/>	TX RENAL	<input type="text"/>	AMPUTACIONES	<input type="text"/>
INSUFICIENCIA CARDÍACA	<input type="text"/>			HIPOGLUCEMIAS	<input type="text"/>
ACC. ISQUÉMICO TRANSITORIO	<input type="text"/>				<input type="text"/>
ACV	<input type="text"/>	RETINOPATÍA	FECHA <input type="text"/>		<input type="text"/>
VASCULOPATÍA PERIFÉRICA	<input type="text"/>	CEGUERA	<input type="text"/>		<input type="text"/>

## ESTUDIOS

VALOR                      FECHA                      VALOR                      FECHA                      VALOR                      FECHA

GLUCEMIA EN AYUNAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MICROALBUMINURIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PESO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HBA1C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TA SISTÓLICA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TALLA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LDLC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TA DIASTÓLICA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CIRC. ABDOMINAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TRIGLICÉRIDOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Creatinina serica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IMC	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FONDO DE OJO:  Sin retinopatía diabética  Retinopatía diabética no proliferativa  Retinopatía diabética proliferativa

EXAMEN DE PIÉ:  REALIZADO (S/N)  NORMAL  ALTERADO

<b>ESTILO DE VIDA</b>	¿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)

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES	AÑO INICIO
HIPOGLUCEMIANTE	METFORMINA <input type="checkbox"/>		500mg. <input type="checkbox"/> 750mg. <input type="checkbox"/> 850mg. <input type="checkbox"/> 1000mg. <input type="checkbox"/>	mg.		
HIPOGLUCEMIANTE	GLIMEPIRIDE <input type="checkbox"/>		2mg. <input type="checkbox"/> 4mg. <input type="checkbox"/>	mg.		
HIPOGLUCEMIANTE	DAPAGLIFLOZINA <input type="checkbox"/>		5 mg. <input type="checkbox"/> 10mg.	mg.		
HIPOGLUCEMIANTE	GLICLAZIDA <input type="checkbox"/>		30mg. <input type="checkbox"/> 60mg. <input type="checkbox"/>	mg.		
HIPOGLUCEMIANTE	VILDAGLIPTINA <input type="checkbox"/>		50mg. <input type="checkbox"/>	mg.		
HIPOGLUCEMIANTE	SITAGLIPTINA <input type="checkbox"/>		25mg. <input type="checkbox"/> 50mg. <input type="checkbox"/> 100mg. <input type="checkbox"/>	mg.		
HIPOGLUCEMIANTE	EMPAGLIFLOZINA <input type="checkbox"/>		10mg <input type="checkbox"/> 20mg <input type="checkbox"/>			
HIPOGLUCEMIANTE	PIOGLITAZONA <input type="checkbox"/>		30mg <input type="checkbox"/> 45mg <input type="checkbox"/>			
HIPOGLUCEMIANTE	TENELIGLIPTINA <input type="checkbox"/>		20mg <input type="checkbox"/>			
HIPOGLUCEMIANTE	LINAGLIPTINA <input type="checkbox"/>		5mg <input type="checkbox"/>			
INSULINAS	CTE <input type="checkbox"/> LISPR <input type="checkbox"/> ASPAR <input type="checkbox"/> GLUL <input type="checkbox"/>			U.I.		
INSULINAS	NPH <input type="checkbox"/> DETEM <input type="checkbox"/> GLARG <input type="checkbox"/> DEGL <input type="checkbox"/>			U.I.		
INSULINAS	NPH + CTE <input type="checkbox"/> ASP.BIF <input type="checkbox"/> LISP.MIX <input type="checkbox"/>			U.I.		
ACCESORIOS	TIRAS REACTIVAS <input type="checkbox"/>		25 u. <input type="checkbox"/> 50 u. <input type="checkbox"/>	d/a		
ACCESORIOS	AGUJAS DESCARTABLES <input type="checkbox"/>		100 u. <input type="checkbox"/>	d/a		
ACCESORIOS	LANCETAS DESCARTABLES <input type="checkbox"/>		24 u. <input type="checkbox"/> 102 u. <input type="checkbox"/>	d/a		
GLUCAGÓN						
OTROS						

**OTROS TRATAMIENTOS**

NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO	UNIDADES POR TOMA	TOMAS POR DIA	TOMAS POR SEMANA	DOSIS MENSUAL
ANTIHIPERTENSIVOS				
HIPOLIPEMIANTES				
ANTIAGREGANTES				

**FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN:**


**NOTA:** Prescripción: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración".

(Ley 25649, art. segundo).

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL BENEFICIARIO/A

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO