

## FORMULARIO DE MEDICACIÓN ESPECÍFICA DE TRATAMIENTO DE OBESIDAD

---

### **Solicitud de ingreso al plan Naltrexona – Bupropion/Liraglutide**

#### **Requisitos:**

Presentar pedido médico

Completar la planilla con profesionales de la nutrición, con expertiz en obesidad, diabetes melitus o endocrinología

Cumplir la mayoría de edad (18 años)

Poseer un IMC igual o mayor a 30

Presentar al menos 1 (una) comorbilidad: diabetes, hipertensión, dislipidemia, apnea obstructiva del sueño, cáncer de mama postmenopáusico.

Adjuntar estudios de laboratorio: hemograma, glicemia, urea, creatinina, colesterol total, HDL, LDL, TG, ácido úrico, Hepatograma, insulemia, HOMA, que justifique síndrome plurimetabólico.

Ecografía abdominal

Registro de fallo del uso de medicación de primera línea (se verificará en el sistema)

#### **Cobertura y seguimiento**

El programa comprende 3 (tres) meses con cobertura del control y seguimiento por un profesional de la salud (de los mencionados anteriormente). En las consultas mensuales se consignará la evolución del peso.

Se ampliará por 3 (tres) meses más en la medida que se constate pérdida de peso según evidencia la medicación que esté consumiendo.

#### **Datos personales de paciente solicitante**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_.

Documento (tipo y número): \_\_\_\_\_.

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_.

Fecha de ingreso al programa: \_\_\_\_\_.

Indicar con una X: 1er pedido \_\_\_\_\_ 2do pedido \_\_\_\_\_ 3er pedido \_\_\_\_\_.

Diagnósticos: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

## FORMULARIO DE MEDICACIÓN ESPECÍFICA DE TRATAMIENTO DE OBESIDAD

---

### Solicitud de ingreso al plan Naltrexona – Bupropion/Liraglutide

#### Historia clínica con valoración nutricional

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_.

Índice de Masa Corporal: \_\_\_\_\_.

Circunferencia abdominal: \_\_\_\_\_.

Tensión arterial: \_\_\_\_\_.

#### Historia dietética: evolución de peso en los últimos 6 meses

Registro del peso mes tras mes con al menos pérdida de 1,5 kg por mes que demuestren la evolución del tratamiento.

Peso inicial: \_\_\_\_\_.

Mes	Peso
Total de peso perdido	

Para autorizar las siguientes indicaciones se solicita la evolución del peso donde se constate la disminución progresiva a partir del comienzo del tratamiento. La falta de esta certificación puede implicar la negativa a la autorización. Si durante el primer mes se logra el objetivo, se aprobará el tratamiento por 3 (tres) meses.

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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