



## INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento de DIABETES MELLITUS, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, en las oficinas de atención al socio.

Documentación a presentar:

1. Receta médica legible sin enmiendas ni tachaduras y deberá contener: apellido y nombre del afiliado, fecha, Obra social, N° de afiliado, DNI, diagnóstico, nombre de la droga prescrita, con dosis, tipo de presentación, cantidad de envases en letra y número y firma y sello del médico especialista tratante.
2. Consentimiento informado completo firmado por el médico especialista y el paciente o su tutor.
3. Formulario S23 (Resumen de historia clínica): que debe completar el médico especialista tratante. Solo se recibirán en las oficinas de atención al socio aquellos formularios que estén completos en su totalidad, con letra clara, legible sin enmiendas ni tachaduras SIN EXCEPCION.
4. Fotocopia de todos los estudios realizados para arribar al diagnóstico y laboratorio con las siguientes determinaciones: glucemia, HbA1c, LDL, triglicéridos, microalbuminuria, creatinina.

Importante:

1. La recepción de la documentación solicitada arriba no implica la aprobación del tratamiento. Auditoría Médica evaluará la misma y podrá solicitar su ampliación en caso de considerarlo necesario.
2. Luego de la autorización por parte de Auditoría Médica, deberá presentar una receta por mes de tratamiento, contemplando realizar el pedido de medicación 10 días hábiles anteriores a la fecha necesaria.
3. Actualización del formulario S23 (resumen de historia clínica) y del laboratorio con las siguientes determinaciones: glucemia, HbA1c, LDL, triglicéridos, microalbuminuria, creatinina; cada doce (12) meses. La fecha de realización del laboratorio deberá ser menor a un año.
4. En caso de cambio de tratamiento presentar nuevo resumen de historia clínica y nuevo consentimiento informado en original, más fotocopia de actualización de los estudios realizados.

*La información que se incluya en los formularios será considerada confidencial según Normas y Principios vigentes.*

# RESUMEN DE HISTORIA CLINICA - REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

Estimado afiliado debe presentar en las oficinas de atención al socio éste formulario completo por su médico tratante en su totalidad en original y adjuntar fotocopia del último laboratorio con fecha de realización menor a un año. Deberá actualizarlo anualmente ó por cambio de medicación/tratamiento

Fecha: ..... / ..... / .....

Nombre y Apellido .....

N° de Beneficiario: ..... D.N.I: ..... Sexo: F / M Edad: ..... años

Fecha de primer diagnóstico de diabetes: ..... / ..... / ..... Edad al diagnóstico: ..... años

TIPO DE DIABETES (Marcar con una X según corresponda)

Diabetes tipo 1  Diabetes tipo 2  Diabetes gestacional  Otro tipo de diabetes:.....

COMORBILIDADES (Marcar con una X según corresponda)

DISLIPEMIA  OBESIDAD  TABAQUISMO  HTA  NO PRESENTA COMORBILIDADES

EXAMEN FISICO

PESO .....Kg. TALLA .....Mts. T.A. SISTOLICA.....mmHg T.A. DIASTOLICA .....mmHg

COMPLICACIONES DE LA DIABETES (Marcar con una X según corresponda)

	Fecha		Fecha		Fecha
Hipertrofia ventrículo izquierdo .....		Retinopatía .....		Amputación de miembros .....	
Infarto de Miocardio .....		Ceguera .....		Nefropatía .....	
Insuficiencia Cardíaca .....		Neuropatía Periférica .....		Diálisis .....	
Accidente Cerebrovascular .....		Vasculopatía Periférica .....		Trasplante Renal .....	
No presenta ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/>					

ESTUDIOS (Según último informe de laboratorio con fecha menor a un año que debe adjuntar)

Glucemia .....mgr/dl	Fecha: ..... / ..... / .....	Fondo de ojos	Fecha: ..... / ..... / .....
HbA1c .....%	Fecha: ..... / ..... / .....	Normal <input type="checkbox"/>	Alterado <input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/>
LDL .....mgr/dl	Fecha: ..... / ..... / .....		
Triglicéridos .....mgr/dl	Fecha: ..... / ..... / .....	Examen de pies	Fecha: ..... / ..... / .....
Creatinina .....mgr/dl	Fecha: ..... / ..... / .....	Normal <input type="checkbox"/>	Alterado <input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/>

TRATAMIENTO

Hipolipemiantes (estatinas u otros)  Antihipertensivos  Antiagregantes (ácido salicílico u otro)  Sin tto. de comorbilidades

FARMACO	NOMBRE GENERICO	PRESENTACION	DOSIS DIARIA	CANTIDAD ENVASES MES
METFORMINA			Mg.	
SULFONILUREAS			Mg.	
INHIBIDORES DDP-4			Mg.	
INHIBIDORES SGLT-2			Mg.	
AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1			Mg.	
INSULINA BASAL			U.I.	
INSULINA DE CORRECCION			U.I.	

TIRAS REACTIVAS ..... (Cantidad diaria) OTROS:.....

Fundamentación médica del uso de la medicación indicada: .....

.....  
Firma, sello y Matrícula Médico tratante

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA.....

Yo (apellido y nombre del paciente ó código).....

D.N.I. N°.....entiendo y acepto lo que me ha informado mi médico tratante Dr./a

.....Matrícula N° ..... como resultado de

las pruebas y estudios que he realizado, se ha obtenido el diagnóstico de

.....que requiere tratamiento de/con .....

para lo cual expreso mi satisfacción con la información recibida. Se me ha explicado la naturaleza de mi enfermedad, las características del tratamiento propuesto y las evidencias que avalan su empleo. He comprendido los beneficios, los riesgos, molestias ó efectos adversos derivados de su acción. Se me informó en forma sencilla y completa, he realizado preguntas y aclarado términos técnicos. He comprendido las condiciones, los objetivos del tratamiento y los cuidados que debo tener según la indicación de mi médico tratante y mi estado de salud.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
TIPO Y N° DE DOCUMENTO

EN CASO DE TUTOR:

\_\_\_\_\_  
FIRMA TUTOR

\_\_\_\_\_  
ACLARACION

\_\_\_\_\_  
TIPO Y N° DE DOCUMENTO

\_\_\_\_\_  
PARENTEZCO

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