

INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

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

Se recuerda a los afiliados que deben presentar la Planilla de Registro del paciente con Diabetes Mellitus dos veces al año. La primera presentación debe ser de Enero a Marzo y la segunda de Julio a Septiembre, sin excepción.

Documentación a presentar:

- 1- **Planilla de Registro del paciente con Diabetes Mellitus (las dos hojas).**
- 2- Receta médica, que deberá contener datos del afiliado (nombre y apellido, N° de socio, edad), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número, firma y sello del médico especialista tratante, fecha de prescripción.
- 3- Consentimiento informado firmado por el médico especialista y el paciente o su representante.

Estudios a presentar:

1. Laboratorio completo con fecha de realización máxima de un año.
2. Hemoglobina Glicosilada.

Importante:

- La documentación solo será recibida en las oficinas de atención al socio detalladas, en caso de estar completa.
- Toda la documentación deberá estar completa con letra clara, legible, imprenta, con la misma tinta, sin enmiendas ni corrector, firmadas, fechada y sellada por el médico especialista.
- En caso de cambio de tratamiento deberá entregar nuevamente todos los formularios.
- La receta médica será recibida siempre que esté dentro de los 30 días de su emisión.
- **La documentación a presentar será evaluada por Auditoría Médica, quien podrá solicitar ampliación de documentación en caso de considerarlo necesario. Su recepción NO es condición suficiente para la aprobación del tratamiento.**
- **Podrá retirar en las farmacias indicadas la medicación prescrita por su médico tratante con el descuento correspondiente luego de la autorización de dicha planilla.**

Fecha: Octubre 2019 V2

Firma del afiliado:

DATOS DEL PROFESIONAL:

Apellido y Nombre.....

Matrícula.....T.E.....

Firma y sello del médico tratante:.....

Firma y sello del Auditor Medico interviniente:.....

Firma y sello del administrativo interviniente:

Fecha inicio de la ST:/...../.....

Fecha finalización de la ST:/...../.....

N° de Situación Terapéutica:.....

Firma del afiliado:

Fecha: Octubre 2019 V2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y Apellido del paciente..... me dirijo a ustedes a los efectos de manifestar mi total y absoluta conformidad del tratamiento de/ con:..... prescripto/s por mi médico/a tratante Dr./a.:....., Matrícula N°.....; expreso mi satisfacción con la información recibida por mi médico/a tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar todas mis dudas. He comprendido sobre las condiciones y objetivos del tratamiento utilizado, así como los riesgos y cuidados que debo tener según la indicación de mi médico tratante y mi estado de salud.

FIRMA DEL PACIENTE

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

EN CASO DE TUTOR
(ACLARAR PARENTEZCO)

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

ACLARACION

SELLO DEL PROFESIONAL

Firma del afiliado:

Fecha: Octubre 2019 V2

DIABETES

Fecha / /

(RESOLUCIÓN 1711/14 SSSALUD - 1156/14 M.S.)

A COMPLETAR POR MÉDICO CLÍNICO, ENDOCRINÓLOGO O DIABETOLOGO

DATOS FILIATORIOS

Apellido y Nombre:

Edad Sexo F M DNI CUIL: Mail: Tel:

DIAGNÓSTICO

Tipo de Diabetes: Tipo 1 Tipo 2 Gestacional Otro tipo Dislipemia SI NO Obesidad SI NO Tabaquismo SI NO Edad al diagnóstico Antecedentes Familiares de Diabetes SI NO

COMPLICACIONES (EN CASO DE MARCAR "SI" INDICAR FECHA)

1. Presenta Hipoglucemias: SI NO Fecha / / En caso afirmativo responde:Grado: Leve Moderada Con pérdida conocimiento Frecuencia semanal veces2. Hipertrofia Ventricular SI NO Fecha / /3. Infarto Agudo de Miocardio SI NO Fecha / /4. Insuficiencia Cardíaca SI NO Fecha / /5. Accidente Cerebrovascular SI NO Fecha / /6. Retinopatía SI NO Fecha / /7. Ceguera SI NO Fecha / /8. Neuropatía Periférica SI NO Fecha / /9. Vasculopatía Periférica SI NO Fecha / /10. Amputación SI NO Fecha / /11. Nefropatía SI NO Fecha / /12. Diálisis SI NO Fecha / /13. Transplante Renal SI NO Fecha / /

DIABETES

Fecha / /

(RESOLUCIÓN 1711/14 SSSALUD - 1156/14 M.S.)

A COMPLETAR POR MÉDICO CLÍNICO, ENDOCRINÓLOGO O DIABETOLOGO

LABORATORIO Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (MARCAR CON "X")

1. Glucemia en Ayunas			Valor	Fecha / /
2. HBA1C			Valor	Fecha / /
3. LDLC			Valor	Fecha / /
4. Triglicéridos			Valor	Fecha / /
5. Microalbuminuria	Normal <input type="checkbox"/>	Patológica <input type="checkbox"/>	Valor	Fecha / /
6. Tensión Arterial Sistólica			Valor	Fecha / /
7. Tensión Arterial Diastólica			Valor	Fecha / /
8. Creatinina Serica			Valor	Fecha / /
9. Fondo de Ojos	Normal <input type="checkbox"/>	Retinopatía diabética <input type="checkbox"/>		Fecha / /

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso	Talla	IMC	CA (Circunferencia abdominal)
------	-------	-----	-------------------------------

DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO

Automonitoreo Glucemia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fármacos Hipolipemiantes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Actividad Física	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ácido Acetil Salicílico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cumple adecuadamente el tratamiento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hipoglucemiantes orales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Fármacos Antihipertensivos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Insulina Basal	Marca	Insulina de Corrección	Marca
----------------	-------	------------------------	-------

FÁRMACO	DOSIS	MG/DÍA	ANTIGÜEDAD
Metformina			
Glibenciamida			
Glicazida			
Otros			

Fecha:

Firma y Sello del Médico tratante/cabecera:

Si considera necesario la auditoría médica de la obra social podrá solicitar acompañar resumen de historia clínica adicional u otra información.