



## 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.**



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:.....

# PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

Estimado afiliado recuerde que debe presentar en las oficinas de atención al socio éste formulario completo por su médico tratante en original y adjuntar fotocopia de los estudios realizados. Deberá actualizarlo cada 6 meses ó cambio de medicación/tratamiento (Formulario más estudios).

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

Nombre y Apellido ..... Edad:.....

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

## DIAGNOSTICO

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

## COMORBILIDADES

DISLIPEMIA  OBESIDAD  TABAQUISMO  HTA

## COMPLICACIONES

Hipertrofia Ventricular  Ceguera  Nefropatía   
 Infarto Agudo de Miocardio  Neuropatía Periférica  Diálisis   
 Insuficiencia Cardíaca  Vasculopatía Periférica  Trasplante Renal   
 Accidente Cerebrovascular  Amputación  Hipoglucemias   
 Retinopatía: No proliferativa  Proliferativa

## ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO (Ultimos 12 meses)

Glucemia en ayunas .....mgr/dl Fecha: ..... /..... /..... Creatinina Sérica .....mgr/dl Fecha: ..... /..... /.....  
 Hb A1C .....% Fecha: ..... /..... /..... Fondo de Ojo Normal  Fecha: ..... /..... /.....  
 LDLc .....mgr/dl Fecha: ..... /..... /..... Retinopatía  Fecha: ..... /..... /.....  
 Triglicéridos .....mgr/dl Fecha: ..... /..... /..... Exámen de pie: Sensación protectora Presente  Ausente   
 Microalbuminuria Normal  Fecha: ..... /..... /..... Peso ..... Fecha: ..... /..... /.....  
 Patológico  Fecha: ..... /..... /..... Talla ..... Fecha: ..... /..... /.....  
 T.A. Sistólica .....mmHg Fecha: ..... /..... /..... Circunferencia abdominal ..... Fecha: ..... /..... /.....  
 T.A. Diastólica .....mmHg Fecha: ..... /..... /..... IMC ..... Fecha: ..... /..... /.....

## TRATAMIENTO

Automonitoreo Glucémico  Fármacos Hipolipemiantes  Cumple Adecuadamente Tratamiento   
 Actividad Física  Ácido Acetil Salicilico  Plan de alimentación saludable   
 Fármacos Antihipertensivos  Hipoglucemiantes orales  Educación diabetológica

FARMACO	ESPECIFICAR CUAL	PRESENTACION	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO
METFORMINA			Mg.	
SULFONILUREAS			Mg.	
IDPP4			Mg.	
PIOGLITAZONA			Mg.	
ISGLT2			Mg.	
OTROS:			Mg.	

INSULINAS	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION	NOMBRE COMERCIAL
INSULINA BASAL	U.I.			
INSULINA DE CORRECCIÓN	U.I.			

TIRAS REACTIVAS ..... (Cantidad diaria)

OTROS: .....

Datos del médico tratante:.....

Teléfono:..... Institución:.....

.....  
Firma y sello Auditor Médico

.....  
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