

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, Nº 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, 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.

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 Edad:.....

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

Fecha de diagnóstico de la patología:/...../..... Edad al diagnóstico:.....

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

COMORBILIDADES

DISLIPEMIA OBESIDAD TABAQUISMO HTA OTRAS:.....

COMPLICACIONES (Marcar con una X según corresponda)

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

ESTUDIOS (Según último informe de laboratorio con fecha menor a un año. Adjuntar)

Glucemiamgr/dl	Fecha: /..... /.....	Creatinina Séricamgr/dl	Fecha: /..... /.....
Hb A1C%	Fecha: /..... /.....	Fondo de Ojo Normal <input type="checkbox"/>	Fecha: /..... /.....
LDLmgr/dl	Fecha: /..... /.....	Retinopatía <input type="checkbox"/>	Fecha: /..... /.....
Triglicéridosmgr/dl	Fecha: /..... /.....	Exámen de pie: Sensación protectora Presente <input type="checkbox"/>	Ausente <input type="checkbox"/>
Microalbuminuria Normal <input type="checkbox"/>	Fecha: /..... /.....	Peso	Fecha: /..... /.....
Patológico <input type="checkbox"/>	Fecha: /..... /.....	Talla	Fecha: /..... /.....
T.A. SistólicammHg	Fecha: /..... /.....	Circunferencia abdominal	Fecha: /..... /.....
T.A. DiastólicammHg	Fecha: /..... /.....	IMC	Fecha: /..... /.....

TRATAMIENTO

Automonitoreo Glucémico <input type="checkbox"/>	Fármacos Hipolipemiantes <input type="checkbox"/>	Cumple Adecuadamente Tratamiento <input type="checkbox"/>
Actividad Física <input type="checkbox"/>	Ácido Acetil Salicílico <input type="checkbox"/>	Plan de alimentación saludable <input type="checkbox"/>
Fármacos Antihipertensivos <input type="checkbox"/>	Hipoglucemiantes orales <input type="checkbox"/>	Educación diabetológica <input type="checkbox"/>

FARMACO	ESPECIFICAR CUAL	PRESENTACION	DOSIS DIARIA	CANTIDAD DE ENVASES POR MES
METFORMINA			Mg.	
SULFONILUREAS			Mg.	
IDPP4			Mg.	
PIOGLITAZONA			Mg.	
ISGLT2			Mg.	

OTROS:Mg.

INSULINAS	ESPECIFICAR CUAL	PRESENTACION	DOSIS DIARIA	CANTIDAD DE ENVASES POR MES
INSULINA BASAL			U.I.	
INSULINA DE CORRECCIÓN			U.I.	

TIRAS REACTIVAS (Cantidad diaria)

OTROS:

.....
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