

Programa de atención al paciente diabético

Nombre y Apellido:.....

N° Afiliado:.....

Plan:.....

Edad:.....

Sexo: F

M

DNI:.....

E-mail:.....

Fecha:...../...../201.....

TIPO	TIPO 1	TIPO 2	GEST	AGREGAR ESTUDIOS		FECHA	FARMACO	MARCA	DOSIS	Mg/día	ANTIGÜEDAD	COBERTURA
Edad de diagnostico				Glucemia en Ayunas			Metformina					100%
Dislipemia				HbA1C			Glibenclamida					100%
Obesidad				LDLc			Glimepirida					100%
Tabaquismo				Trigliceridos			Glipizida					100%
				Microalbuminuria			Gliclazida					100%
COMPLICACIONES				TA Sistolica			Insulina NPH					100%
Hipertrofia Ventricular	SI	NO		TA Diastolina			Insulina Corriente					100%
Infarto Agudo de Miocardio	SI	NO		Creatinina Serica			Insulina Glargina					100%
Insuficiencia Cardiaca	SI	NO		Fondo de Ojo			Insulina Detemir					100%
Accidente Cerebrovascular	SI	NO		Peso			Insulina Aspartica					100%
Retinopatía	SI	NO		Talla			Insulina Lispro					100%
Ceguera	SI	NO		Circunsferencia Abdominal			Insulina Glulisina					100%
Neuropatía Periferica	SI	NO		Circunsferencia de Cadera			Agonistas de GLP1					40%
Vasculopatía Periferica	SI	NO					Inhibidores de DPP4					40%
Amputacion	SI	NO		TRATAMIENTOS			Glucosuricos					40%
Dialisis	SI	NO		Automonitoreo Glucemico		SI NO	Metformica/DPP-4					40%
Transplante Renal	SI	NO		Actividad Fisica		SI NO	Tiras reactivas					
				Cumpla Adecuadamente Tratamiento		SI NO	Lancetas					
				Farmacos Antihipertensivos		SI NO						
				Farmacos Hipolipemiantes		SI NO						
				Acido Acetil Salicilico		SI NO						
				Hipoglucemiantes Orales		SI NO						
				Insulina		SI NO						

Medico Tratante:_____

M.N. _____ M.P. _____

Tel: _____

Firma y Sello

POR RESOLUCION DE LA SUPER INTENDENCIA DE SERVICIO DE SALUD, DEBE SER COMPLETADA LA PLANILLA EN SU TOTALIDAD, DE LO CONTRARIO NO SE AUTORIZARA LA MEDICACION LA RENOVACION DE LA MISMA SERA EN LOS MESES DE MAYO Y NOVIEMBRE