

PROCOLO DE DIABETES

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

Datos personales

Apellido y Nombre:

Mail: Teléfono:

DNI: Edad: Género:

Diagnóstico

Tilde lo que corresponda

Diabetes mellitus

Tipo 1 Tipo 2 Gestacional Otros (detallar)

Edad al diagnóstico:

Años de diagnóstico de diabetes:

Datos Antropométricos / Antecedentes / Complicaciones

Tilde lo que corresponda

IMC

Exámen de pie: Monofilamento Normal Alterado

Peso Kg.

SI NO

SI NO

Talla Mt.

Dislipemia		
Tabaquismo		
IAM		
ACV		
Ceguera		
Vasculopatía Periférica		
Nefropatía		
Trasplante Renal		

Obesidad		
Hipertrofia Ventricular		
Insuf Cardíaca		
Retinopatía		
Neuropatía Periférica		
Amputación		
Diálisis		
HTA		

Circunferencia de cintura Cm.

TA Sistólica
TA Diastólica

Fecha/...../.....
Fecha/...../.....

Laboratorio:

Fecha:/...../..... (Últimos 12 meses)

Glucemia en Ayunas
HBA 1c
LDL
Triglicéridos
Creatinina Sérica
Microalbuminuria
Fondo de ojo

Normal Sin RD

Clearance de Creatinina
Patológica Valor
RDNP diabética RDP

Fecha/...../.....

Tratamiento

Tilde lo que corresponda

Automonitoreo Glucémico SI NO Veces día: Veces semana:
Actividad Física
Antihipertensivos
Acido Acetil Salicílico
Hipolipemiantes

Plan Alimentación Saludable SI NO
Educación Diabetológica

Adherencia al tratamiento Buena Regular Mala

Antidiabéticos orales:

Metformina (MG.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dosis diaria: _____	Glipizida (mg.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dosis diaria: _____
Sitagliptina (MG.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dosis diaria: _____	Gliclazida (mg.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dosis diaria: _____
Vildagliptina (MG.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dosis diaria: _____	Glimepirida (mg.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dosis diaria: _____
		Glucagón (mg.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	(1 por año)

Insulina Basal (U.I.) SI NO Genérico:
Dosis diaria:

Insulina de corrección (U.I.) SI NO Genérico:
Dosis diaria:

Lancetas SI NO Cantidad mensual: _____
Tiras reactivas SI NO Cantidad mensual: _____

Otros SI NO Genérico:

Fundamento que justifique la prescripción

Firma y Sello Médico Tratante:

Teléfono: Cel:

INSTRUCTIVO DE DIABETES

Estimado/a Afiliado/a:

Para acceder a la cobertura de medicamentos e insumos determinada por el Programa Nacional de Diabetes (Ley N° 23.753 y Res. N° 423/18 Ministerio de Salud la Nación), deberá presentar ante Auditoría Médica lo siguiente.

REQUISITOS PARA EL ALTA

1. Copia de informe de estudios de diagnóstico: Laboratorio completo, glucemia, HBA 1C, triglicéridos y LDL.
2. Consentimiento informado, firmado por el médico tratante y afiliado/a.
3. Protocolo de Diabetes, en original y completo sin excepción en todos los campos, por su médico especialista tratante, con fecha, firma y sello.

Importante:

Dicho protocolo tendrá una validez de 4 meses desde su autorización, por lo que deberá renovarlo antes de dicho plazo. Este requisito, permitirá renovar la autorización que lo habilita en farmacia.

REQUISITOS PARA CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO Y/O AUMENTO DE DOSIS

1. Presentar los mismos REQUISITOS QUE PARA EL ALTA.
2. Breve resumen de médico que justifique el cambio.

Una vez presentada la documentación solicitada, la Obra Social expenderá la medicación e insumos que sean autorizados, de manera mensual con las recetas correspondientes, a través de la farmacia asignada para tal fin.

LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA CONFORMIDAD DE LO SOLICITADO. TRÁMITE SUJETO A AUDITORÍA MÉDICA.

Resolución N° 423/2018 Programa Nacional de Prevención y control de personas con diabetes mellitus / Anexo I: Normas de Provisión de Medicamento e Insumos para Personas con Diabetes. / Medicamentos e insumos comprendidos.

MEDICAMENTOS / INSUMOS BÁSICOS	CANTIDAD DE REFERENCIA Y DESCRIPCIÓN DEL INSUMO	
Comprende a aquellas personas en tratamiento con insulinas	Tratamiento no intensificado - Solo o combinado con antidiabéticos orales	Tratamiento Intensificado
Insulinas	Origen humano: regular NPH, lenta premezcla y ultralenta. Análogos de la insulina: a) rápidos: Lispro, Aspartica, Glulisina. b) de acción prolongada: Detemir / Glargina / Degludec c) Premezclas.	
Jeringas descartables para insulina	300 anuales	730 anuales
Agujas descartables uso subcutáneo	300 anuales	730 anuales
Lancetas descartables punción digital	100 anuales	200 anuales
Provisión de tiras reactivas automonitoreo glucémico	400 anuales	1500 anuales / 1800 anuales (situaciones especiales)(*)
Tiras reactivas acetona en sangre y orina	50 anuales	
Tiras reactivas glucosa en orina	100 anuales	
Bomba de infusión continua para insulina y sus insumos descartables(**)	Según prescripción médica especializada	
Glucagón	1 mg. - 1 por año	
Comprende a aquellas personas en tratamiento con antidiabéticos orales: Biguanidas y Sulfonilureas, IDPP4.	Biguanidas: clorhidrato de metformina IDPP4: Vildagliptina - Sitagliptina	Sulfonilureas: Glipizida - Glimiperida - Gliclazida.
Provisión de tiras reactivas para glucosa en sangre	50 anuales	100 anuales
Lancetas descartables para punción digital	50 anuales	
Reflectómetro para la lectura de las tiras reactivas para glucosa en sangre	1 cada 2 años. Todas las personas con diabetes	

(*) Situaciones Especiales: deberán acreditarse presentado resumen de historia clínica, laboratorio completo y registro semanal de glucemias.

(**) En caso de indicación de bomba de infusión continua para insulina, por favor contactarse con Auditoría Médica para solicitar el instructivo donde se detalla la documentación a presentar.

FECHA:/...../..... DNI:

FIRMA Y ACLARACIÓN BENEFICIARIO: