FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICACIÓN PARA PACIENTE DIABÉTICO RES. 2820/22 M.S.N.

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: _____

N° AFILIADO:_____/_____ D.N.I.: _____ EDAD (en años):_____

TIPO DE DBT: (Marque con una "X" lo que corresponda)

DBT TIPO I		DBT TIPO II NO INSULINIZADO		DBT TIPO II INSULINIZADO		DBT GESTACIONAL		OTRAS DBT	

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: (Detallar tiempo de evolución y complicaciones)

_____

_____

_____

_____

VALORES DE LAS ÚLTIMAS 3 HbA1C				
	VALOR (en %)	FECHA		
1. HbA1C				
2. HbA1C				
3. HbA1C				

VALORES DE LAS ÚLTIMAS 3 GLUCEMIAS				
	VALOR (en mg/dl)	FECHA		
1. GLUCEMIA				
2. GLUCEMIA				
3. GLUCEMIA				

MICROALBUMINURIA 24HS			
VALOR	FECHA		

TRATAMIENTO

Hipoglucemiantes Orales:

PRINCIPIO ACTIVO	MARCA COMERCIAL SUGERIDA	PRESENTACIÓN (en mg)	DOSIS DIARIA	DICTAMEN DE AUDITORÍA (Por favor **NO** completar)

Tiras Reactivas:

MARCA COMERCIAL SUGERIDA	CANTIDAD DIARIA	DICTAMEN DE AUDITORÍA (Por favor **NO** completar)	

Insulinas (100UI):

PRINCIPIO ACTIVO	MARCA COMERCIAL SUGERIDA	DOSIS DIARIA	DOSIS MENSUAL	DICTAMEN DE AUDITORÍA (Por favor **NO** completar)	

Otros:

	MARCA COMERCIAL SUGERIDA	CANTIDAD MENSUAL	DICTAMEN DE AUDITORÍA (Por favor **NO** completar)	
AGUJAS				
LANCETAS				
OTROS				

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE: (Especialista en Diabetólogía o Médico con acreditación de formación en diabetes)

FIRMA Y SELLO _____ FECHA ____/____/____ SELLO INSTITUCIÓN _____

La presente solicitud tiene carácter de **Declaración Jurada** y debe restringirse a los Criterios y Recomendaciones de Uso de la Res. 2820/20
La incompleta y/o errónea confección de esta planilla puede no ser aceptada ni auditada.
El siguiente formulario, anula a los anteriores en relación a la medicación e insumos para la diabetes.