

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICACIÓN PARA PACIENTE DIABÉTICO RES. 764/18 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	<input type="checkbox"/>	DBT TIPO II NO INSULINIZADO	<input type="checkbox"/>	DBT TIPO II INSULINIZADO	<input type="checkbox"/>	DBT GESTACIONAL	<input type="checkbox"/>	OTRAS DBT	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

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 Diabetología o Médico con acreditación de formación en diabetes)

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