

## 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*			Vidagliptina					100%
Obesidad				LDlc			Sitagliptina					100%
Tabaquismo				Trigliceridos			Glimepirida					100%
				Microalbuminuria			Glipizida					100%
<b>COMPLICACIONES</b>				TA Sistolica*			Gliclazida					100%
Hipertrofia Ventricular*	SI	NO		TA Diastolina*			Insulina NPH					100%
Infarto Agudo de Miocardio*	SI	NO		Creatinina Serica			Insulina Corriente					100%
Insuficiencia Cardiaca*	SI	NO		Fondo de Ojo			Insulina Glargina					100%
Accidente Cerebrovascular*	SI	NO		Peso*			Insulina Detemir					100%
Retinopatía*	SI	NO		Talla*			Insulina Aspartica					100%
Ceguera*	SI	NO		Circunferencia Abdominal*			Insulina Lispro					100%
Neuropatía Periferica*	SI	NO		Circunferencia de Cadera*			Insulina Glulisina					100%
Vasculopatía Periferica*	SI	NO					Agonistas de GLP1					40%
Amputacion*	SI	NO		<b>TRATAMIENTOS</b>			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	Otros					
				Farmacos Hipolipemiantes*		SI NO						
				Acido Acetil Salicilico*		SI NO						
				Hipogluce miantes Orales*		SI NO						
				Insulina*		SI NO						

Medico Tratante: \_\_\_\_\_

M.N. \_\_\_\_\_ M.P. \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Firma y Sello

\*DATOS OBLIGATORIOS

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