

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				Glucosuricos					40%
Dialisis	SI	NO		Automonitoreo Glucemico	SI	NO					40%
Transplante Renal	SI	NO		Actividad Fisica	SI	NO					

Medico Tratante: _____

M.N. _____ M.P. _____

Tel: _____

TRATAMIENTOS	
Cumpla Adecuadamente Tratamiento	SI NO
Farmacos Antihipertensivos	SI NO
Farmacos Hipolipemiantes	SI NO
Acido Acetil Salicilico	SI NO
Hipoglucemiantes Orales	SI NO
Insulina	SI NO

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