

## Sistema de Medicación Crónica para Diabetes

***Todos los campos son obligatorios. La falta de alguno impedirá la carga.***

Lugar:	Fecha:...../...../.....		
Apellido y Nombre:			
Género:	CUIL:		
Fecha de diagnóstico:...../...../.....	Edad al diagnóstico:		
DBT tipo I	DBT tipo II	Circunf de cintura:	IMC:
Peso:	Talla:		

### Complicaciones (Marque lo que corresponda)

Dislipemia		Neuropatía	
Obesidad		Vasculopatía	
Tabaquismo		Amputación	
Hipertrofia ventricular		Nefropatía	
IAM		Diálisis	
Insuficiencia cardiaca		Trasplante renal	
ACV		HTA	
Retinopatía		Alcohol	
Ceguera		Otros	

Estudios	Valor	Fecha
Glucemia en ayunas		
HbA1C		
LDLc		
Triglicéridos		
Microalbuminuria (marcar con un circulo lo que CORRESPONDA)	Normal      Patológico	
TA Sistólica		
TA Diastólica		
Creatinina Sérica		
Fondo de ojo (marcar con un circulo lo que CORRESPONDA)	Normal      Retinopatía Dbt	

### Tratamiento (Marque lo que corresponda)

Automonitoreo Glucémico		Ácido Acetil Salicílico
Actividad física		Hipoglucemiantes Orales
Cumple tratamiento		Insulina Basal
Fármacos Antihipertensivos		Insulina de Corrección
Fármacos Hipolipemientes		

### SISTEMA DE PROVISION DE MEDICACIÓN CRÓNICA

(Valido para su carga dentro de los 30 días desde la prescripción. La vigencia será de 180 días corridos desde el momento de su carga)

Fármaco	Nombre comercial	Unidad posológica	Dosis diaria	% Cobertura

*\*Las tiras reactivas, lancetas y otros descartables, deben ser solicitados en RP Común. No pueden venir dentro de este espacio.*

#### Médico Prescriptor

Firma:	Aclaración y sello:
--------	---------------------

#### Auditoria Médica

Firma:	Fecha:
	Aclaración y sello:

A completar por personal autorizado:

Nº de autorización	
Obra Social	
Vigencia	