

PARA PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES

- El presente formulario está diseñado para que el médico tratante registre la patología crónica prevalente y la prescripción de medicamentos correspondientes a la misma, a fin de que el paciente pueda acceder a la cobertura Según Res. 310 y modificaciones.
- **Los medios para enviar formularios son:** por correo electrónico a **asistencia@audifarmsalud.com.ar**
Por **WhatsApp** al: *****. Para evacuar cualquier consulta comuníquese al **011-3985-5439**, en el horario de 8:00 a 17:00hs, los días hábiles.
- Ponemos a su disposición nuestra pagina web **www.ospip.org.ar** donde podrá encontrar los protocolos en uso e, información útil a los fines de cumplimentar las normas de uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN

OBRA SOCIAL (siglas)

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO NOMBRE SEXO F M

DOC. TIPO NRO. FECHA DE NACIMIENTO

NRO. DE AFILIADO TELÉFONO

CALLE NRO. PISO DPTO. COD. POSTAL

BARRIO LOCALIDAD PROV.

EMAIL (correo electrónico)

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (para ser completado por el médico)

APELLIDO NOMBRE

MATRICULA ESPECIALIDAD

INSTITUCIÓN

CALLE NRO. PISO DPTO. COD. POSTAL

TELÉFONO TEL. CELULAR

EMAIL (correo electrónico)

DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y GENERALES

EDAD TALLA PESO TABAQUISMO ACTIVO SI NO

PRESIÓN ARTERIAL HABITUAL MÍNIMA MÁXIMA

AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PRINCIPAL

RECIENTE COMIENZO MENOS DE 5 AÑOS 6 A 10 AÑOS
11 A 20 AÑOS MÁS 20 AÑOS

DATOS DE INSCRIPCIÓN POR PATOLOGÍA

1. EPILEPSIA

CARACTERIZACIÓN DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS

- I. CRISIS PARCIALES** **A. SIMPLES** **B. COMPLEJAS**
 C. CON GENERALIZACIÓN SECUNDARIA
- II. CRISIS GENERALIZADAS** **A. AUSENCIAS** **B. MIOCLÓNICAS** **C. CLÓNICAS**
 D. TÓNICAS **E. TÓNICO CRÓNICAS** **F. ATÓNICAS**

III. CRISIS NO CLASIFICABLES/AMPLIACIÓN (aclare fecha de comienzo y situación actual)

2. ENFERMEDAD DE PARKINSON

1 a 10 puntos: Enfermedad de Parkinson Leve
 11 a 20 puntos: Enfermedad de Parkinson Media
 21 a 30 puntos: Enfermedad de Parkinson Grave

ESCALA DE WEBSTER: PUNTUACIÓN TOTAL PUNTOS.

EXAMEN NEUROLÓGICO (datos positivos)

OBSERVACIONES QUE JUSTIFICAN LA MEDICACIÓN SOLICITADA

3. NEUROLÉPTICOS Y OTROS S.N.C

DIAGNÓSTICO PRINC.

PSICOP. ASOCIADAS

OBSERVACIONES QUE JUSTIFICAN LA MEDICACIÓN SOLICITADA

4. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

A. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ANTECEDENTES DE:
 PRE HTA ESTADIO 1 ESTADIO 2 EAP HIPERTENSIVO ACV CRISIS HIPERTENSIVA
 PATOLOGÍAS CONCOMITANTES

B. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA ESTABLE GRADO I GRADO II GRADO III
 ANGINA INESTABLE PROGRESIVA REC. COMIENZO POST IAM

C. INSUFICIENCIA CARDÍACA MIO DILATADA MIO HIPERTRÓFICA HIPERTENSIVA
 VALVULAR IDIOPÁTICA CLASE FUNCIONAL

D. ARRITMIAS CARDÍACAS SUPRAVENTRIC. TPS F. AURICULAR RITMO AURICULAR
 VENTRICULAR EV POLITÓPICAS DUPLAS COLGAJOS TV OTRAS

5. OBESIDAD

PESO TALLA IMC

PATOLOGÍAS CONCOMITANTES

6. DISLIPIDEMIA

PRIMARIA SECUNDARIA MIXTA HIPERCOLESTEROLEMIA HIPERTRIGLICERIDEMIA
 COLESTEROLEMIA mg/100
 TRIGLICERIDEMIA mg/100
 COLESTEROL LDL HDL
 PATOLOGÍAS CONCOMITANTES

7. PATOLOGÍA TIROIDEA

DIAGNÓSTICO
 VALORES HORMONALES TSH T4 T4 LIBRE
 SINTOMAS QUE JUSTIFICAN EL TRATAMIENTO

8. PATOLOGÍA RESPIRATORIA

DIAGNÓSTICO	ASMA <input type="checkbox"/>	EPOC <input type="checkbox"/>
ESTADIFICACIÓN	LEVE INTERMIT. <input type="checkbox"/> LEVE PERS. <input type="checkbox"/> MODER PERS. <input type="checkbox"/> SEVERA PERS. <input type="checkbox"/>	(G.O.L.) EST. 0 <input type="checkbox"/> EST. 1 <input type="checkbox"/> EST. 2 <input type="checkbox"/> EST. 3 - EST. 4 <input type="checkbox"/>

PRUEBAS FUNCIONALES:

VEF. 1 ESPERADO	<input type="checkbox"/>
VEF. 1 MEDIDO	<input type="checkbox"/>
PICO FLUJO ESPER.	<input type="checkbox"/>
PICO FLUJO MEDIDO	<input type="checkbox"/>
% DE MEJORA CON B.D.	<input type="checkbox"/>
CAP VITAL	<input type="checkbox"/>
FEF 25 - 75	<input type="checkbox"/>

ESPIROMETRÍA:

 DATOS RX TORAX:

9. HIPERURICEMIA

HIPERURICEMIA GOTA PRIMARIA SECUNDARIA TOFOS
 URICEMIA SIN TRATAMIENTO mg % URICEMIA CON TRATAMIENTO mg %

10. ARTRITIS REUMATOIDEA - LUPUS

DIAGNÓSTICO: ARTR. REUM. L.E.S. OTRO N° DE ARTICUL. AFECT.
ESTADIO: AR. LEVE AR. MODERADA AR. SEVERA
 VSG PROT C REACTIVA F.A.N. FACT. REUMATOID NEFROPATÍA LÚPICA
 JUSTIFICACIÓN DE LA MEDICACIÓN SOLICITADA

11. GLAUCOMA

OD OI AMBOS ANGULO ESTRECHO ABIERTO CIRUGIA PREVIA
 PATOLOGÍAS OCULARES ASOCIADAS:

DOC. TIPO NRO.

12. ANTICOAGULACIÓN - ANTIAGREGACIÓN CRÓNICA

INDICACIÓN - PATOLOGÍA BASE: TEPA PROT. VALV. ANGINA INESTABLE OTRA

DIAGNÓSTICO Y DATOS QUE JUSTIFICAN EL TRATAMIENTO SOLICITADO

13. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

(Adjuntar fotocopia de informe anatomopatológico)

COLITIS ULCEROSA

CLASIFICACIÓN: LEVE MODERADA SEVERA

ENDOSCOPIA:

OTRO DIAGNÓSTICO

JUSTIFICACIÓN DE LA MEDICACIÓN SOLICITADA

14. OTRA PATOLOGÍA PREVISTA COMO COBERTURA CRÓNICA

DIAGNÓSTICO:

DATOS QUE JUSTIFICAN EL TRATAMIENTO SOLICITADO

	MONODROGA POR DCI	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES
TRATAMIENTO SOLICITADO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA Y SELLO MÉDICO:

FECHA: