



## DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA REGISTRO  
VIGENCIA SEMESTRAL (Resolución 2820/2022 S.S.S.)

Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a [asistencia@audifarmsalud.com.ar](mailto:asistencia@audifarmsalud.com.ar), por WhatsApp al 011-3841-6805. Ante cualquier consulta comuníquese al 011-3985-5439, en el horario de 8:00 a 17:00hs, los días hábiles.

Ingreso <input type="radio"/>	Reingreso <input type="radio"/>	FECHA: ___/___/___	
NOMBRE Y APELLIDO:			
Nº DE BENEFICIARIO:	DNI TIPO:	DNI NRO:	
DOMICILIO:		TEL.:	
LOCALIDAD – PROVINCIA:	MAIL:		
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD:	SEXO: F / M / O	
DIAGNÓSTICO: TIPO 1 <input type="radio"/>	TIPO 2 <input type="radio"/>	GESTACIONAL <input type="radio"/>	OTROS <input type="radio"/>
Fecha diagnóstico: ___/___/___	Edad al diagnóstico:	Observaciones:	
COMORBILIDADES: DISLIPEMIA <input type="radio"/>	OBESIDAD <input type="radio"/>	TABAQUISMO <input type="radio"/>	HTA <input type="radio"/>
Fecha diagnóstico: ___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con fecha):					
CARDIOVASCULARES	Fecha	OFTALMOLOGICAS	Fecha	RENALES	Fecha
Hipert. Ventrículo Izq.		Retinopatía		Insuf. Renal Crónica	
Infarto Agudo Miocárdico		Ceguera		Nefropatía	
Stent		OTRAS		Diálisis	
Cirug. Revas. Miocárdica		Neuropatías		TX Renal	
Insuficiencia Cardíaca		Ulcera de Pie			
Acc. Isquémico Transitorio		Pie Diabético			
ACV		Amputaciones			
Vasculopatía Periférica		Hipoglucemias			

CONTROLES	VALOR	UNIDADES	FECHA	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas				
HbA1C				
LDLc Control asoc. a lipoproteína de baja				
Triglicéridos				
Microalbuminuria:	Sin Datos <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Patológico <input type="radio"/>			
TA Sistólica				
TA Diastólica				
Creatinina sérica				
Clearence de Creatinina				
Fondo de ojo:	Sin Datos <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Retinopatía Diabética <input type="radio"/>			
Examen de pie:	No realizado <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado <input type="radio"/>			

EXAMEN FÍSICO:	PESO	ALTURA	CIRC. ABDOMINAL	IMC
Fecha de realización:	___/___/___			

TRATAMIENTO / ESTILO DE VIDA					
Automonitoreo Glucémico	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Nº veces por día/semana:		
Actividad Física	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Nº veces por día/semana:		
Cumple adecuadamente tratamiento	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	En caso fumador, dejó de fumar?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Fármacos Antihipertensivos	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Educación diabetológica?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Fármacos Hipolipemiantes	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Plan de alimentación saludable?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Ácido Acetilsalicílico	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Cumple indicaciones dietarias?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Hipoglucemiante oral	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Insulina Basal	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
			Insulina de Corrección	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>



## DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCIÓN MEDICA / FICHA REGISTRO  
VIGENCIA SEMESTRAL (Resolución 2820/2022 S.S.S.)

**NOTA:** Es requisito indispensable que el médico tratante complete la **DOSIS DIARIA** solicitada en el cuadro, a fines de una correcta auditoría.  
*Ley 25.649, Art. Segundo "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común Internacional que se indique, seguida de su forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración".*

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA / PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO
INSULINAS BASALES	NPH	Vial <input type="radio"/> Lápicerá <input type="radio"/>	U.I.	
	GLARGINA 100 UI <input type="radio"/> 300 UI <input type="radio"/>	Vial <input type="radio"/> Lápicerá <input type="radio"/>	U.I.	
	DETEMIR	Vial <input type="radio"/> Lápicerá <input type="radio"/>	U.I.	
	DEGLUDEC	Vial <input type="radio"/> Lápicerá <input type="radio"/>	U.I.	
INSULINAS PRANDIALES	CTE	Vial <input type="radio"/> Lápicerá <input type="radio"/>	U.I.	
	ASPÁRTICA	Vial <input type="radio"/> Lápicerá <input type="radio"/>	U.I.	
	GLULISINA	Vial <input type="radio"/> Lápicerá <input type="radio"/>	U.I.	
	LISPRO 100 UI <input type="radio"/> 200 UI <input type="radio"/>	Vial <input type="radio"/> Lápicerá <input type="radio"/>	U.I.	
INSULINAS MIXTAS	NPH + CTE	Vial <input type="radio"/> Lápicerá <input type="radio"/>	U.I.	
	ASPÁRTICA BIFÁSICA	Vial <input type="radio"/> Lápicerá <input type="radio"/>	U.I.	
	LISPRO MIX	Vial <input type="radio"/> Lápicerá <input type="radio"/>	U.I.	
HIPOGLUCEM. ORALES	METFORMINA	mg	mg/d	
	GLIMEPIRIDE	mg	mg/d	
	PIOGLITAZONA	mg	mg/d	
	GLICLAZIDA	mg	mg/d	
	VILDAGLIPTINA	mg	mg/d	
	SITAGLIPTINA	mg	mg/d	
ACCESORIOS	TIRAS REACTIVAS		u./d	
	AGUJAS DESCARTABLES		u./d	
	LANCETAS		u./d	
	MEDIDOR DE GLUCOSA			
	GLUCAGÓN		U.I/d	

**FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN:**

<p>_____</p> <p><b>SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL</b></p>	<p>_____</p> <p><b>FECHA DE PRESCRIPCIÓN</b></p>
--	--

- La presente planilla otorga cobertura por un periodo de seis meses, debiendo complementarse nuevamente luego de dicho periodo.
- Por el cambio de medicación y/o dosificación debe volver a presentarse.
- Se deben adjuntar los informes de laboratorio que avalen los datos aquí volcados.
- Se recuerda que el profesional debe pertenecer a la Obra Social.



## DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCIÓN MEDICA / FICHA REGISTRO  
VIGENCIA SEMESTRAL (Resolución 2820/2022 S.S.S.)

- PARA SER COMPLETADO POR LA FARMACIA**

**DISPENSA Y LIQUIDACIÓN DE FARMACIA: COMPLETAR PERIODO DISPENSADO EN COPIA Y ORIGINAL.**

1º PERIODO DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      4º PERIODO DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
2º PERIODO DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      5º PERIODO DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
3º PERIODO DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      6º PERIODO DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CONFORMIDAD DEL BENEFICIARIO:	A COMPLETAR POR LA FARMACIA:
<p>Beneficiario <input type="radio"/> Tercero Interviniente <input type="radio"/></p> <p>Firma: _____ Aclaración: _____ Tipo y Nº de DNI: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____</p>	<p>Fecha de Dispensa ____/____/____</p> <p>Total \$ _____ A Cargo Af. \$ _____ A Cargo O.S. \$ _____</p> <p style="text-align: right;">Sello y Firma Farmacéutico</p>

### NORMATIVAS PARA LA DISPENSA

- El beneficiario deberá acercarse a O.S.P.I.P. a fin de solicitar (o bajar de la WEB) la "Ficha-Receta Diabetes" en donde el médico tratante completará todos los datos indicados en la misma.
- La prescripción se realizará según las monodrogas cubiertas indicando la dosis mensual, valido para el tratamiento de 6 (seis) meses.
- El beneficiario concurrirá a la farmacia de la red habilitada para tal destino, con fotocopia de la "Ficha-Receta Diabetes", Documento de Identidad y Credencial de la Obra Social.
- La farmacia deberá dispensar por el periodo mensual el tratamiento según el siguiente esquema:
  - Del 1º al 5º Periodo: se realizará fotocopia de la "Ficha-Receta Diabetes" y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
  - 6º Periodo: se dispensará el sexto mes de tratamiento y se retendrá la "Ficha-Receta Diabetes" original.
- A partir del sexto periodo, el beneficiario deberá concurrir nuevamente al médico tratante para gestionar una nueva "Ficha-Receta Diabetes" semestral y así sucesivamente.
- En caso de cambio de medicación durante el semestre, el beneficiario deberá concurrir nuevamente a la delegación más próxima a su domicilio a fin de confeccionar la nueva "Ficha-Receta Diabetes", con una validez semestral.

TROQUEL	TROQUEL
TROQUEL	TROQUEL
TROQUEL	TROQUEL
TROQUEL	TROQUEL
TROQUEL	TROQUEL