



DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCIÓN 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, 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 Reingreso 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.)

- 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:</p> <p>Aclaración:</p> <p>Tipo y Nº de DNI:</p> <p>Domicilio:</p> <p>Teléfono:</p>	<p>Fecha de Dispensa ____/____/____</p> <p>Total \$</p> <p>A Cargo Af. \$</p> <p>A Cargo O.S. \$</p> <p>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