

## PLANILLA DE DIABETES

VÁLIDO SOLO PARA MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON DIABETES-COBERTURA 100%, SEGÚN RESOLUCIÓN 1156/14

Obra social: N° S.S.S:

### DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: N° afiliado:  
 Sexo: Fecha nac: / /  
 Estado civil: Tipo y Nro de documento:  
 Domicilio: Nro: Piso/Dto:  
 Nacionalidad: Cod postal: Localidad:  
 Provincia: Teléfono:  
 Mail:

### MÉDICO TRATANTE (COMPLETADO POR EL MISMO)

Apellido y Nombre:  
 MN°: Especialidad:  
 Domicilio: Localidad: Provincia:  
 Mail: Teléfono:

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de diagnóstico: Edad de diagnóstico:  
 Tipo 1:  Tipo 2:  Gestacional:  Otros:   
**COMORBILIDADES:** HTA  OBESIDAD  DISLIPEMIA  TABAQUISMO   
 Fecha de diagnóstico: / / / /

**COMPLICACIONES:**

	FECHA		FECHA		FECHA
HIPERT. VENTRÍCULO IZQ.		INSUF. RENAL CRÓNICA		ÚLCERA DE PIE	
STENT		NEFROPATÍA		PIE DIABÉTICO	
INFARTO AGUDO MIOCÁRDICO		DIÁLISIS		AMPUTACIONES	
CIRUG. REVAS. MIOCÁRDICA		TX RENAL		HIPOGLUCEMIAS	
ACC. ISQUÉMICO TRANSITORIO		RETINOPATÍA			
ACV		CEGUERA			
VASCULOPATÍA PERIFÉRICA		NEUROPATÍAS			

### ESTUDIOS

NOMBRE	VALOR	FECHA	NOMBRE	VALOR	FECHA	NOMBRE	VALOR	FECHA
GLUCEMIA EN AYUNAS			MICROALBUMINURIA			PESO		
HBA1C			TA SISTÓLICA			TALLA		
LDLC			TA DIASTÓLICA			CIRC. ABDOMINAL		
TRIGLICÉRIDOS			CREATININA SERICA			PESO		

### ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

			FECHA
FONDO DE OJO:	SIN RETINOPATÍA DIABÉTICA <input type="checkbox"/>	RETINOPATÍA DIABÉTICA NO PROLIFERATIVA <input type="checkbox"/>	RETINOPATÍA DIABÉTICA PROLIFERATIVA <input type="checkbox"/>
EXAMEN DE PIÉ:	REALIZADO (S/N) <input type="checkbox"/>	NORMAL <input type="checkbox"/>	ALTERADO <input type="checkbox"/>

<b>ESTILO DE VIDA</b>	¿CUMPLE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO? (S/N)
AUTOMONITOREO (S/N) Nº VECES POR DÍA/ SEMANA:	¿EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA? (S/N)
ACTIVIDAD FÍSICA (S/N)	¿PLAN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE? (S/N)
EN CASO DE FUMADOR, ¿DEJÓ DE FUMAR? (S/N)	¿CUMPLE INDICACIONES DIETARIAS? (S/N)

### TRATAMIENTO SOLICITADO

MEDICAMENTO	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO
HIPOGLUCEMIANTE					
HIPOGLUCEMIANTE					
HIPOGLUCEMIANTE					
INSULINAS					
INSULINAS					
INSULINAS					
ACCESORIOS					
ACCESORIOS					
ACCESORIOS					
GLUCAGÓN					
OTROS					

### OTROS TRATAMIENTOS

NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO	UNIDADES POR TOMA	TOMAS POR DIA	TOMAS POR SEMANA	DOSIS MENSUAL
ANTIHIPERTENSIVOS				
HIPOLIPEMIANTES				
ANTIAGREGANTES				

### FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN:


NOTA: PRESCRIPCIÓN: "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 FORMA FARMACÉUTICA Y DOSIS/UNIDAD, CON DETALLE DEL GRADO DE CONCENTRACIÓN". (LEY 25649, ART. SEGUNDO)

Firma del beneficiario/a:

Fecha:

Firma y sello del Médico: