

Formulario de empadronamiento diabetes

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

FECHA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día	Mes	Año

1. Datos del afiliado

Afiliado N°:	CUIT/CUIL:
Apellido y Nombre:	
Fecha de nacimiento: / /	Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Correo electrónico:	Teléfono:

2. Profesional responsable del tratamiento

Apellido y Nombre:	
Matrícula nro.:	Especialidad:
Teléfono:	Email:
Institución:	

3. Resumen historia clínica

Tipo de diabetes mellitus	Tipo 1 <input type="radio"/>	Tipo 2 <input type="radio"/>	Gestacional <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>
Fecha del diagnóstico:	/	/		
Edad del diagnóstico:	/	/		

4. Datos examen físico

Peso:	Talla:	IMC:	Circunferencia abdominal:
-------	--------	------	---------------------------

5. Complicaciones

Hipoglucemias:	Sí <input type="radio"/>	Leve <input type="radio"/>	Severa <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Retinopatía:	Sin RD <input type="radio"/>	RDNP <input type="radio"/>	RDP <input type="radio"/>	
Ceguera:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		
Nefropatía:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		
Neuropatía:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		
Macrovasculares:	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		
Infarto agudo miocardio:	<input type="radio"/>			
Acv:	<input type="radio"/>			
Enfermedad vascular periférica:	<input type="radio"/>			

6. Comorbilidad (marque si posee alguna)

HTA:	<input type="radio"/>
Dislipemia:	<input type="radio"/>
Tabaquismo:	<input type="radio"/>
Obesidad:	<input type="radio"/>

Breve resumen de HC:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Formulario de empadronamiento diabetes

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

7. Estudios

Glucemia en ayunas	Valor:	Fecha: / /
Glicosilada	Valor:	Fecha: / /
Creatinina sérica Valor (1)	Valor:	Fecha: / /
Microalbuminuria Valor (1)	Valor:	Fecha: / /
Estudios complementarios		
Fondo de ojo:	Fecha: / /	Sin retinopatía diabética <input type="radio"/>
		Retinopatía diabética no proliferativa <input type="radio"/>
		Retinopatía diabética proliferativa <input type="radio"/>
PTOG (diabetes gestacional) FPP:		
Automonitoreo:	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	N° de controles por día o por semana:
Sensores de glucemia :	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

8. Tratamiento Solicitado

	Monodroga	Presentación	Potencia medicación solicitada	Dosis diaria
Hipoglucemiante oral	Metformina	Comprimidos	500mg <input type="radio"/> 750mg <input type="radio"/> 850mg <input type="radio"/> 1000mg <input type="radio"/>	mg
	Glimepiride	Comprimidos	2mg <input type="radio"/> 4mg <input type="radio"/>	mg
	Gliclazida	Comprimidos	30mg <input type="radio"/> 60mg <input type="radio"/>	mg
	Pioglitazona	Comprimidos	15mg <input type="radio"/> 30mg <input type="radio"/> 45mg <input type="radio"/>	mg
	Glibenclamida	Comprimidos	5mg <input type="radio"/>	mg
	Empagliflozina	Comprimidos	10mg <input type="radio"/> 25mg <input type="radio"/>	mg
	Dapagliflozina	Comprimidos	10mg <input type="radio"/>	mg
Insulina Basal	NPH	<input type="radio"/> Vial / Lapicera <input type="radio"/>	100 UI/ml <input type="radio"/>	UI
	Glargina	Lapicera Prell	100 UI/ml <input type="radio"/> 300 UI/ml <input type="radio"/>	UI
	Degludec	Lapicera Prell	200 UI/ml <input type="radio"/>	UI
Insulina Rápida	Aspártica	<input type="radio"/> Vial / Lapicera <input type="radio"/>	100 UI/ml <input type="radio"/>	UI
	Glulisina	Lapicera Prell	100 UI/ml <input type="radio"/>	UI
	Lispro	<input type="radio"/> Vial / Lapicera <input type="radio"/>	100 UI/ml <input type="radio"/> 200 UI/ml <input type="radio"/>	UI
	Humana regular	<input type="radio"/> Vial / Lapicera <input type="radio"/>	100 UI/ml <input type="radio"/>	UI
Insulina Mixta	Aspártica bifásica	Lapicera Prell	100 UI/ml <input type="radio"/>	UI
Insulina Mixta	Lispro bifásica	Lapicera Prell	100 UI/ml <input type="radio"/>	UI
Accesorio	Tiras reactivas		Unid..... Día <input type="radio"/> Semana <input type="radio"/>	
GLP-1	Semaglutida (2)	Lapicera Prell	0,25 mg <input type="radio"/> 0,5 mg <input type="radio"/>	mg/sem
	Dulaglutida (2)	Lapicera Prell	1,5 mg <input type="radio"/>	mg/sem
	Liraglutida (2)	Lapicera Prell	6 mg/ml <input type="radio"/>	mg/día

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente. La documentación que respaldo obra en mi poder y será expuesta ante el requerimiento de auditoría de la APROSS.

.....
Firma y aclaración del beneficiario

.....
Firma y sello del profesional médico

1) Solo para los casos donde se solicite DAPAGLIFLOZINA y/o EMPAGLIFLOZINA deberá presentar:

Creatinina sérica
Microalbuminuria

2) Para el caso de solicitar Semaglutida, Dulaglutida o Liraglutida deberá presentar el Informe nutricional (curva de peso, IMC) y glucemias capilares (bajada de software)

EL FORMULARIO DEBE ESTAR COMPLETO, FIRMADO Y SELLADO POR MÉDICO PRESTADOR Y AFILIADO.

ESTA SOLICITUD SERÁ PROCESADA SIN EXCEPCIÓN CUANDO SE CUMPLIMENTEN TODOS LOS REQUISITOS.

EL EMPADRONAMIENTO DEBE RENOVARSE DE MANERA ANUAL O CADA VEZ QUE CAMBIA EL MEDICAMENTO O SU DOSIS.