



FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICACIÓN PARA PACIENTE DIABÉTICO RES. 764/18 M.S.N.

DATOS DEL AFILIADO:

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: _____

N° AFILIADO: _____ / _____ D.N.I.: _____ EDAD (en años): _____

Tipo de DBT (marque con una "X" lo que corresponda)

DBT TIPO I DBT TIPO II NO INSULINIZADO DBT TIPO II INSULINIZADO DBT GESTACIONAL OTRAS DBT

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: (Detallar tiempo de evolución y complicaciones)

VALORES DE LAS ÚLTIMAS 3 HbA1C			
	VALOR (en %)	FECHA	
1. HbA1C			
2. HbA1C			
3. HbA1C			

VALORES DE LAS ÚLTIMAS 3 GLUCEMIAS			
	VALOR (en mg/dl)	FECHA	
1. GLUCEMIA			
2. GLUCEMIA			
3. GLUCEMIA			

	VALOR	FECHA	
Microalbuminuria 24hs			

TRATAMIENTO

Hipoglucemiantes Orales:

PRINCIPIO ACTIVO	MARCA COMERCIAL SUGERIDA	PRESENTACIÓN (en mg)	DOSIS DIARIA	DICTAMEN DE AUDITORÍA (Por favor NO completar)

Tiras Reactivas:

MARCA COMERCIAL SUGERIDA	CANTIDAD DIARIA	DICTAMEN DE AUDITORÍA (Por favor NO completar)

Insulinas (100UI):

PRINCIPIO ACTIVO	MARCA COMERCIAL SUGERIDA	DOSIS DIARIA	DOSIS MENSUAL	DICTAMEN DE AUDITORÍA (Por favor NO completar)

Otros:

	MARCA COMERCIAL SUGERIDA	CANTIDAD MENSUAL	DICTAMEN DE AUDITORÍA (Por favor NO completar)
AGUJAS			
LANCETAS			
OTROS			

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE: (Especialista en Diabetología o médico con acreditación de formación en diabetes)

APELLIDO/S Y NOMBRE/S _____ SELLO INSTITUCIÓN _____

FIRMA Y SELLO

FECHA