

# RECETA DIABETES

FARMANEXUS



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

OBRA SOCIAL (SIGLAS)

Nº S.S.S.

TRIMESTRE CALENDARIO:

## DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO  NOMBRE  SEXO  F  M  
 DOC. TIPO  NRO.  FECHA DE NACIMIENTO   
 Nº AFILIADO  TELÉFONO   
 CALLE  Nº  PISO  DPTO.  COD. POSTAL  BARRIO   
 LOCALIDAD  PROV.  E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)

## DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

APELLIDO  NOMBRE   
 MATRÍCULA  ESPECIALIDAD   
 DOMICILIO - LOCALIDAD - PROVINCIA   
 TELÉFONO  TEL. CELULAR   
 E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA DEL DIAGNÓSTICO

EDAD DEL DIAGNÓSTICO

### DIAGNÓSTICO

TIPO 1  TIPO 2  GESTACIONAL  OTROS

COMORBILIDADES: HTA  OBESIDAD  DISLIPIDEMIA  TABAQUISMO

FECHA DE DIAGNÓSTICO

### COMPLICACIONES:

HIPERT. VENTRÍCULO IZQ.	<input type="text"/>	INSUF. RENAL CRÓNICA	FECHA <input type="text"/>	NEUROPATÍAS	FECHA <input type="text"/>
STENT	<input type="text"/>	NEFROPATÍA	<input type="text"/>	ÚLCERA DE PIE	<input type="text"/>
INFARTO AGUDO MIOCÁRDICO	<input type="text"/>	DIÁLISIS	<input type="text"/>	PIE DIABÉTICO	<input type="text"/>
CIRUG. REVAS. MIOCÁRDICA	<input type="text"/>	TX RENAL	<input type="text"/>	AMPUTACIONES	<input type="text"/>
INSUFICIENCIA CARDÍACA	<input type="text"/>			HIPOGLUCEMIAS	<input type="text"/>
ACC. ISQUÉMICO TRANSITORIO	<input type="text"/>				<input type="text"/>
ACV	<input type="text"/>	RETINOPATÍA	FECHA <input type="text"/>		<input type="text"/>
VASCULOPATÍA PERIFÉRICA	<input type="text"/>	CEGUERA	<input type="text"/>		<input type="text"/>

## ESTUDIOS

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

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

FONDO DE OJO:  Sin retinopatía diabética  Retinopatía diabética no proliferativa  Retinopatía diabética proliferativa  FECHA   
 EXAMEN DE PIÉ:  REALIZADO (S/N)  NORMAL  ALTERADO

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



TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES	AÑO INICIO
HIPOGLUCEMIANTE	METMORFINA <input type="checkbox"/>		500mg. <input type="checkbox"/> 750mg. <input type="checkbox"/> 850mg. <input type="checkbox"/> 1000mg. <input type="checkbox"/>	mg		
HIPOGLUCEMIANTE	GLIMEPIRIDE <input type="checkbox"/>		2mg. <input type="checkbox"/> 4mg. <input type="checkbox"/>	mg		
HIPOGLUCEMIANTE	GLIPIZIDA <input type="checkbox"/>		5 mg. <input type="checkbox"/>	mg		
HIPOGLUCEMIANTE	GLICLAZIDA <input type="checkbox"/>		30mg. <input type="checkbox"/> 60mg. <input type="checkbox"/>	mg		
HIPOGLUCEMIANTE	VILDAGLIPTINA <input type="checkbox"/>		50mg. <input type="checkbox"/>	mg		
HIPOGLUCEMIANTE	SITAGLIPTINA <input type="checkbox"/>		25mg. <input type="checkbox"/> 50mg. <input type="checkbox"/> 100mg. <input type="checkbox"/>	mg		
INSULINAS	CTE <input type="checkbox"/> LISPR <input type="checkbox"/> ASPAR <input type="checkbox"/> GLUL <input type="checkbox"/>			U.I.		
INSULINAS	NPH <input type="checkbox"/> DETEM <input type="checkbox"/> GLARG <input type="checkbox"/> DEGL <input type="checkbox"/>			U.I.		
INSULINAS	NPH + CTE <input type="checkbox"/> ASP.BIF <input type="checkbox"/> LISPMIX <input type="checkbox"/>			U.I.		
ACCESORIOS	TIRAS REACTIVAS <input type="checkbox"/>		25 u. <input type="checkbox"/> 50 u. <input type="checkbox"/>	d/a		
ACCESORIOS	AGUJAS DESCARTABLES <input type="checkbox"/>		100 u. <input type="checkbox"/>	d/a		
ACCESORIOS	LANCETAS DESCARTABLES <input type="checkbox"/>		24 u. <input type="checkbox"/> 102 u. <input type="checkbox"/>	d/a		
GLUCAGÓN						
OTROS						

#### OTROS TRATAMIENTOS

NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO	UNIDADES POR TOMA	TOMAS POR DIA	TOMAS POR SEMANA	DOSIS MENSUAL
ANTIHIPERTENSIVOS				
HIPOLIPEMIANTE				
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 PROFESIONAL MÉDICO