

FASCÍCULO DIABETES

Procedimientos,
circuitos y formularios.



PLANILLA DE INFORMACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE DIABETES POR BENEFICIARIO

Apellidos y nombres:

N° de CUIL: - -

TIPO DE DIABETES (marcar con un tilde lo que corresponde)

Tipo 1 / Tipo 2 Fecha del registro: / / Edad del diagnóstico:

Dislipemia: SI NO

Obesidad: SI NO

Tabaquismo: SI NO

COMPLICACIONES (marcar con un tilde lo que corresponde)

<input type="checkbox"/> Hipertrofia Ventricular	<input type="checkbox"/> Neuropatía Periférica
<input type="checkbox"/> Infarto Agudo de Miocardio	<input type="checkbox"/> Vasculopatía Periférica
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/> Amputación
<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Nefropatía
<input type="checkbox"/> Retinopatía	<input type="checkbox"/> Diálisis
<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Trasplante Renal

ESTUDIOS (marcar con una tilde si se han realizado los estudios y colocar la fecha. En el caso de microalbuminuria y fondo de ojos marcar con un círculo lo que CORRESPONDA).

<input type="checkbox"/> Glucemia en Ayunas	Fecha: / /
<input type="checkbox"/> HbA1C	Fecha: / /
<input type="checkbox"/> LDLc	Fecha: / /
<input type="checkbox"/> Triglicéridos	Fecha: / /
<input type="checkbox"/> Microalbuminuria	Normal/ Patológico Fecha: / /
<input type="checkbox"/> TA Sistólica	Fecha: / /
<input type="checkbox"/> TA Diastólica	Fecha: / /
<input type="checkbox"/> Creatinina Serica	Fecha: / /
<input type="checkbox"/> Fondo de Ojo	Normal/ Retinopatía Diabética Fecha: / /
<input type="checkbox"/> Peso	Fecha: / /
<input type="checkbox"/> Talla	Fecha: / /
<input type="checkbox"/> Circunferencia Abdominal	Fecha: / /

TRATAMIENTO (marcar con un tilde lo que corresponde. En el caso de insulino dependiente colocar el código del siguiente listado).

<input type="checkbox"/> Automonitoreo Glucémico	<input type="checkbox"/> Actividad Física
<input type="checkbox"/> Cumple adecuadamente Tratamiento	<input type="checkbox"/> Fármacos Antihipertensivos
<input type="checkbox"/> Ácido Acetil Salicílico	<input type="checkbox"/> Hipoglucemiantes orales

Insulina Basal:		
Insulina de Corrección:		
LISTADO INSULINAS		
Nombre Genérico	Nombre Comercial	Código
Insulina humana recombinante de acción rápida	INSULINA ACTRAPID	2
Insulina humana de acción rápida	INSULINA BETALIN	4
Insulina humana recombinante de acción rápida	INSULINA DENSULIN R	6
Insulina humana recombinante de acción rápida	INSULINA HUMULIN R	8
Insulina humana recombinante de acción rápida	INSULINA INSUMAN	20
Insulina humana recombinante de acción rápida	INSULINA NOVOLIN R	22
Insulina bovina regular	INSULINA BETASINT	24
Insulina porcina regular	INSULINA BETASINT	26
Insulina lispro regular	INSULINA HUMALOG	28
Insulina aspártica regular	INSULINA NOVORAPID	40
Insulina glulisina regular	INSULINA APIDRA	42
Insulina humana de acción intermedia	INSULINA BETALIN	44
Insulina humana recombinante de acción intermedia	DENSULIN N	46
Insulina humana recombinante de acción intermedia	INSULINA HUMULIN N	48
Insulina humana recombinante de acción intermedia	INSULINA INSULATARD	60
Insulina humana recombinante de acción intermedia	INSULINA INSUMAN N	62
Insulina bovina acción intermedia	INSULINA BETASINT	64
Insulina porcina de acción intermedia	INSULINA BETASINT	66
Insulina humana larga duración	INSULINA BETALIN	68
Insulina porcina lenta	INSULINA BETASINT	80
Insulina degludec	INSULINA TRESIBA	82
Insulina detemir	INSULINA LEVEMIR	84
Insulina glargina	INSULINA LANTUS	86
Insulina humana de intermedia/larga duración	INSULINA HUMULIN 70/30	88
Ins.lispro+ins.lispro protamina	INSULINA HUMALOG MIX 25	202
Ins.lispro+ins.lispro protamina	INSULINA HUMALOG MIX 50	204
Insulina aspartica combinada	INSULINA NOVOMIX 30 FLEXPEN	206
LISTADO DE HIPOAGLUCEMIANTE ORALES (completar los datos que consume el afiliado en referencia)		
FÁRMACO	DOSIS	Mg/día
Metformina		
Glibenclamida		
Glicazida		
Otros:		
Fecha: ____/____/____		
<p style="text-align: center;">.....</p> Firma y sello del médico tratante		



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: OSFATUN	RNOS: 1-2550-9
Nombres:	Apellidos:
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
DNI N°:	Beneficiario N°:
Diagnóstico:	
Antecedentes de la enfermedad: _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Fundamentación Médica (con detalle de dosis diaria y mensual requerida): _____ _____ _____	
Tiempo de tratamiento previsto: _____ _____ _____	
Fecha: ____ / ____ / ____	
..... Firma y sello de médico tratante	



CONFORMIDAD DE LA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS

Quién suscribe _____
con CUIL ____-____-____ beneficiario de la OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN
ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES (OSFATUN), con
domicilio en calle _____ N° ____
Piso ____ Dpto. ____ CP ____ Localidad _____
Provincia _____, declaro por la presente mi conformidad para someterme al
tratamiento de Medicación, el cual se detalla a continuación (aclarar tratamiento y
período): _____

En la ciudad de _____ Provincia _____
a los ____ días del mes de _____ del año _____

.....
Firma del titular o Tutor, Aclaración y DNI N°

.....
Firma y sello de médico tratante