

## PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS e INSUMOS PARA PACIENTES CON DIABETES

### Documentación a presentar en OSIM

- **Pedido Médico** por medicamento “genérico” indicando “diagnóstico” (copia). El original se presenta al momento de la entrega del medicamento.
- **Resumen de Historia Clínica para el paciente con diabetes mellitus** completo (original) Ver formulario adjunto en página 2.
- **Planilla de registro del paciente con diabetes mellitus** completo (original). Ver formulario adjunto en página 3.
- **Estudios de laboratorio** que incluyan: glucemia en ayunas, hemoglobina glicosilada (HbA1C), LDLc colesterol asociado a lipoproteína de baja, triglicéridos, microalbuminuria, creatinina sérica, clearance de creatinina (copia). Los mismos no deben superar los 6 meses de realizados, al momento de la presentación.
- **Formulario de Proyección Semestral de Diabetes** (original), si el tratamiento es de carácter crónico. Ver formulario adjunto en página 4

### Nota:

- La presentación de la documentación es de carácter **SEMESTRAL**.
- En caso de existir un cambio de dosis será necesaria una nueva presentación del Formulario de Proyección Semestral de Medicamentos, Resumen de Historia Clínica y Planilla de registro.

Se adjuntan los siguientes formularios:

- Resumen de Historia Clínica para el paciente con diabetes mellitus
- Planilla de registro del paciente con diabetes mellitus
- Proyección Semestral de Diabetes.

## DIABETES MELLITUS

### HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

Año:  Trimestre calendario:  Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hoja 2/2

#### TRATAMIENTO / PRESCRIPCION

| MONODROGA                                 | ORIGEN          | DOSIS DIARIA | AÑO INICIO | PRESENTACION / NOMBRE COMERCIAL                  |
|---|-----------------|--------------|------------|--|
| Insulina                                  | Comiente Humana | U.I          |            | Cartuchos x 3 ml<br>Lapiceras prellenadas x 3 ml |
| Insulina                                  | N.P.H. Humana   | U.I          |            | Cartuchos x 3 ml<br>Lapiceras prellenadas x 3 ml |
| Insulinas Análogas<br>- Acción Prolongada |                 | U.I          |            | Cartuchos x 3 ml<br>Lapiceras prellenadas x 3 ml |
| Insulinas Análogas<br>- Rápidas           |                 | U.I          |            |  |
| Hipogluc. Orales                          | METFORMINA      | Mg           |            |  |
|   | PIOGLITAZONA    | Mg           |            |  |
|   | GLICLAZIDA      | Mg           |            |  |
|   | GLIMEPIRIDE     | Mg           |            |  |
|   | VILDAGLIPTINA   | Mg           |            |  |
|   | SITAGLIPTINA    | Mg           |            |  |
|   |                 |              | Mg         |  |
| GLUCAGON                                  |                 |              |            |  |
| TIRAS REACTIVAS                           |                 | tiras        |            |  |
|   |                 | tiras        |            |  |
| OTROS                                     |                 |              |            |  |
| OTROS                                     |                 |              |            |  |

#### OTROS TRATAMIENTOS

| NOMBRE GENERICO MEDICAMENTO | UNIDADES X TOMA | TOMAS X DIA | TOMAS X SEMANA | DOSIS MENSUAL |
|-----------------------------|-----------------|-------------|----------------|---------------|
| Antihipertensivos           |                 |             |                |               |
| Hipolipemiantes             |                 |             |                |               |
| Antiagregantes              |                 |             |                |               |

#### FUNDAMENTACION MEDICA DEL USO DE LA MEDICACION INDICADA:

#### ESTILO DE VIDA

|  |   |
|--|---|
| Automonitoreo (S/N) N° 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)    |

#### MEDICO TRATANTE:

DOMICILIO:

TE:

LOCALIDAD - PROVINCIA:

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE



**PROYECCION SEMESTRAL DE DIABETES**

**Periodo:** ..... (mes) a ..... (mes) de ..... (año) \*

**A COMPLETAR POR EL AFILIADO**

Nombre y apellido: ..... N° de documento: ..... Red Prestacional: .....

**DATOS DEL MEDICO TRATANTE**

Nombre y apellido: ..... Especialidad: ..... Matrícula N° .....  
Teléfono: ..... Celular: ..... E-mail: .....

**Diagnóstico del paciente:** ..... **Tipo de Diabetes:** ..... **Fecha del diagnóstico:** .....

**Adjuntar:** Copia de estudios de laboratorio e historia Clínica

| Para ser COMPLETADO por el MEDICO TRATANTE |   |              |               | A completar por OSIM |   |              |
|--|---|--------------|---------------|----------------------|---|--------------|
|  |   |              |               | A cargo de OSIM      |   | A/C Afiliado |
| Tipo de Insulina / Hipoglucemiante         | Presentación<br>(Lapiceras / Cartuchos / Frascos) | Cant. Diaria | Cant. Mensual | SI/NO                | % | SI/NO        |
|  |   |              |               |                      |   |              |
|  |   |              |               |                      |   |              |
|  |   |              |               |                      |   |              |
|  |   |              |               |                      |   |              |

| Para ser COMPLETADO por el MEDICO TRATANTE |             |              |               | A completar por OSIM |       |              |
|--|-------------|--------------|---------------|----------------------|-------|--------------|
|  |             |              |               | A cargo de OSIM      |       | A/C Afiliado |
| Insumos                                    | Descripción | Cant. Diaria | Cant. Mensual | Tope Anual           | SI/NO | %            |
| Tiras Reactivas                            |             |              |               |                      |       |              |
| Lancetas                                   |             |              |               |                      |       |              |
| Agujas                                     |             |              |               |                      |       |              |
| Jeringas                                   |             |              |               |                      |       |              |

**Fecha:** ..... **Firma y Sello Medico Tratante:** .....

Firma y Sello Resp. Dpto. P.Medicinas

\*En "Periodo" informar solo una de estas opciones (según corresponda):  
"ENERO a JUNIO de 20XX" (año completo) / " JULIO a DICIEMBRE de 20XX" (año completo)