

PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE DIABETES

Información Importante

- Podrá enviar la documentación a través de [WhatsApp](#) al [1120401285](tel:1120401285) o vía mail a info@osim.com.ar
- Enviar de forma **completa, legible y sin cortes**. La misma debe ser completada por un médico especialista: **DIABETÓLOGO, NUTRICIONISTA O ENDOCRINÓLOGO**. (Toda enmienda o tachadura debe ser salvada con firma y sello del médico tratante).
- A continuación, encontrará las modalidades de presentación y formularios.

1. Solicitud de Medicamentos por 1ra. Vez:

- Copia de **Planilla de Proyección Anual de Diabetes**. Ver página 2.
- Copia de planillas del **Formulario de empadronamiento de diabetes**. Ver páginas 3 y 4.
- Copia de **estudios de laboratorio**. Realizados dentro de los últimos de seis (6) meses e incluir: Glucemia en ayunas, creatinina sérica, clearance de creatinina, micro albúmina, hemoglobina glicosilada (HbA1c), triglicéridos, LDLc colesterol asociado. a lipoproteína de baja).

2. Cambio de tratamiento (dosis y/o medicación)

En caso de cambio de medicación o esquema terapéutico, será necesario presentar nuevamente toda la documentación **detallada en el punto 1**.

3. Reempadronamiento ANUAL

El reempadronamiento es de carácter anual en el mes de **diciembre**. Deberá presentar toda la documentación **detallada en el punto 1**.

4. Documentación a presentar al momento de la provisión:

- Deberá presentar ante la farmacia de convenio el **pedido médico** junto con **DNI y credencial** de su Red Prestacional.
- La provisión de la medicación es **mensual**.
- Cuando retire su medicación, la receta debe encontrarse **vigente (dentro de los treinta días corridos desde su fecha de emisión)**.
- Indicar en la farmacia que **el retiro es a través de OSIM - ADMIFARM**

FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO DE DIABETES

Datos Básicos

Nombre y Apellido		Fecha	
CUIL beneficiario			
Fecha de Diagnóstico (Obligatorio)			
Nombre del Médico (Obligatorio)			
Matrícula (Obligatorio)			
	Nacional		
	Provincial		

Requisitos

Resumen de Historia Clínica (Obligatorio)	Adjuntar archivo		Fecha	
MARCAR CON UNA CRUZ O COMPLETAR VALOR, SEGÚN CORRESPONDA:				
Peso (Obligatorio)	Completar valor		Fecha	
Talla (Obligatorio)	Completar valor		Fecha	
Tipo de Diabetes (Obligatorio)	Tipo 1		Fecha	
	Tipo 2		Fecha	
	Otros tipos		Fecha	
Comorbilidades (Obligatorio)	Dislipemia		Fecha	
	Obesidad		Fecha	
	Tabaquismo		Fecha	
	Hipertensión Arterial		Fecha	
	No presenta comorbilidades		Fecha	
Complicaciones de la DBT (Obligatorio)	Hipertrofia del Ventriculo Izquierdo		Fecha	
	Infarto de Miocardio (IAM)		Fecha	
	Insuficiencia cardiaca		Fecha	
	Accidente cerebrovascular		Fecha	
	Retinopatía		Fecha	
	Ceguera		Fecha	
	Neuropatía periférica		Fecha	
	Vasculopatía periférica		Fecha	
	Amputación de miembros		Fecha	
	Nefropatía		Fecha	
Trasplante Renal		Fecha		
	No presenta ninguna de las anteriores		Fecha	
Glucemia (Obligatorio)	Completar valor		Fecha	
Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) (Obligatorio)	Completar valor		Fecha	
LDL (Obligatorio)	Completar valor		Fecha	
Triglicéridos (Obligatorio)	Completar valor		Fecha	
Tensión Arterial Sistólica (Obligatorio)	Completar valor		Fecha	
Tensión Arterial Diastólica (Obligatorio)	Completar valor		Fecha	
Creatinina (Obligatorio)	Completar valor		Fecha	

Fondo de ojos (Obligatorio)	Normal		Fecha	
	Alterado		Fecha	
	No realizado		Fecha	
Inspección de pies (Obligatorio)	Normal		Fecha	
	Alterado		Fecha	
	No realizado		Fecha	
Tratamiento comorbilidades (Obligatorio)	No recibe tratamiento		Fecha	
	Tratamiento Hipolipemiente (estatinas u otro)		Fecha	
	Tratamiento antihipertensivo		Fecha	
	Antiagregación (ácido salicílico u otros)		Fecha	
Tratamiento de la Diabetes (Obligatorio)	Sin tratamiento farmacológico		Fecha	
	Metformina		Fecha	
	Sulfonilureas		Fecha	
	Inhibidores DDP-4		Fecha	
	Inhibidores SGLT-2		Fecha	
	Agonistas del Receptor GLP-1		Fecha	
	Insulina basal		Fecha	
	Insulina de corrección		Fecha	
Bomba de insulina		Fecha		

Tratamientos previos:

Módulo de seguimiento de pacientes con Diabetes

Medicamento solicitado

Indicar medicamento (Genérico)	_____	Fecha	<input type="text"/>
Indicar medicamento (Genérico)	_____	Fecha	<input type="text"/>
Indicar medicamento (Genérico)	_____	Fecha	<input type="text"/>
Indicar medicamento (Genérico)	_____	Fecha	<input type="text"/>
Indicar medicamento (Genérico)	_____	Fecha	<input type="text"/>
Indicar medicamento (Genérico)	_____	Fecha	<input type="text"/>
Indicar medicamento (Genérico)	_____	Fecha	<input type="text"/>

_____	_____
Firma y sello del médico	Fecha