

FORMULARIO TERAPEÚTICO-PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Confeccionado según las normas exigidas por la Resolución 310/04 y sus modificaciones dictadas por la S.S.S. **El prescriptor deberá ser especialista según patología.**

1- DATOS PERSONALES:

FECHA:

Nombre y Apellido: _____

Edad: ___ Sexo: _____ DNI: _____

Nº de Afiliado: _____ Plan: _____

2- INDIQUE SU PATOLOGÍA CRÓNICA:

3- RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

(Métodos diagnósticos previos, tratamientos implementados, Copia de Estudios que avalen la misma, Laboratorio, radiología, ECG, etc.)

4- TRATAMIENTO: (Monodroga, Dosis diaria mensual y tiempo estimado de tratamiento)

5- OTROS DATOS QUE CONSIDERE IMPORTANTE PARA EL ANTECEDENTES MÉDICOS

Firma del Afiliado

Firma y Sello del Médico

Autorización Obra Social: _____



OBRA SOCIAL APM
Visitadores Médicos - "Elegimos Cuidarte"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Sres. OSAPM:

Por medio de la presente doy mi conformidad para realizar el tratamiento médico/quirúrgico
propuesto:

Dejo constancia que mi médico tratante me ha informado sobre las precauciones, riesgos, complicaciones que resulten del mismo. He comprendido lo explicado. Todas mis preguntas fueron contestadas y he decidido dar mi consentimiento.

Firma Paciente

Firma y Sello Médico

y/o Representante.....

.....

DNI:.....

Aclaración:.....

ANEXO II

MODELO DE CERTIFICADO PARA LA ACREDITACIÓN DE LA CONDICION DE PERSONA CON DIABETES MELLITUS

DATOS FILIATORIOS:

Nombre y Apellido:

Edad:

Género:

DNI:

Tipo de diabetes Millitus:

1

2

gestacional Otros:

Años de diagnósticos de diabetes:

DATOS DEL EXSAMEN FISICO:

Peso:

Talla:

IMC:

Circunf. de Cintura:

Presión Arterial:

Examen de pie (c/INFORME):

Sensación Protectora:

Presente / Ausente

COMPLICACIONES:

Hipoglucemias: SI específica leve severa NO

Retinopatía: sin RD RDNP RDP

Nefropatía: SI NO

Neuropatía: SI NO

Macrovasculares SI NO

COMORBILIDAD:

HTA: SI NO

Dislipemia: SI NO

Tabaquismo: SI NO

DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO:

Plan de alimentación saludable: SI NO

Actividad Física: SI NO

Educación diabetológica: SI NO

FIRMA Y FECHA (MEDICO)

Fármaco	Prestación	Dosis diaria	año de inicio
Metformina			
Sulfonilurea (especificar cuál)			
IDPP4 (especificar cuál)			
Pioglitazona			
ISGLT2(especificar cuál)			
Insulina basal (especificar cuál)	Vial Lapicera		
Insulina basal (especificar cuál)	Vial Lapicera		
OTROS			

EXAMENES (últimos 12meses)

- HbA1c:
- Glucemia en ayunas:
- Fondo de ojos: NO realizado SI realizado **INFORME**
- Relación albúmina/creatinina en orina matinal: **No** realizado // **SI** realizado
- Examen de pie: **No** realizado // **SI** realizado
- LDL
- TRIGLISERIDOS
- CREATININA

ABREVIATURAS:

- **IMC:** Índice de masa corporal
- **RD:** retinopatía diabética
- **RDNP:** retinopatía diabética **no** proliferativa
- **RDP:** retinopatía diabética proliferativa

FIRMA Y FECHA (MEDICO)