

PROTOCOLO DE DIABETES

Fecha:/...../.....

Datos personales

Apellido y Nombre:

Mail: Teléfono:

DNI: Edad: Género:

Diagnóstico

Tilde lo que corresponda

Diabetes mellitus

☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Gestacional ☐ Otros (detallar)

Edad al diagnóstico:

Años de diagnóstico de diabetes:

Datos Antropométricos / Antecedentes / Complicaciones

Tilde lo que corresponda

IMC	Exámen de pie: Monofilamento ☐ Normal ☐ Alterado ☐	
Peso	SI NO	SI NO
Kg.	Dislipemia ☐ ☐	Obesidad ☐ ☐
Talla	Tabaquismo ☐ ☐	Hipertrofia Ventricular ☐ ☐
Mt.	IAM ☐ ☐	Insuf Cardíaca ☐ ☐
Circunferencia de cintura	ACV ☐ ☐	Retinopatía ☐ ☐
Cm.	Ceguera ☐ ☐	Neuropatía Periférica ☐ ☐
TA Sistólica	Vasculopatía Periférica ☐ ☐	Amputación ☐ ☐
TA Diastólica	Nefropatía ☐ ☐	Diálisis ☐ ☐
	Trasplante Renal ☐ ☐	HTA ☐ ☐
	Fecha/...../.....	
	Fecha/...../.....	

Laboratorio:

Fecha:/...../..... (Últimos 12 meses)

Glucemia en Ayunas		
HBA 1c		
LDL		
Triglicéridos		
Creatinina Sérica		Clearance de Creatinina
Microalbuminuria	Normal ☐ Sin RD ☐	Patológica ☐ Valor
Fondo de ojo		RDNP diabética RDP Fecha/...../.....

Tratamiento

Tilde lo que corresponda

Automonitoreo Glucémico	SI NO ☐ ☐	Veces día: Veces semana:	Plan Alimentación Saludable	SI NO ☐ ☐
Actividad Física	☐ ☐		Educación Diabetológica	☐ ☐
Antihipertensivos	☐ ☐			
Acido Acetil Salicílico	☐ ☐			
Hipolipemiantes	☐ ☐			
Adherencia al tratamiento	Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐			

Antidiabéticos orales:

SI NO	SI NO	
Metformina (MG.)	☐ ☐	Dosis diaria: _____
Sitagliptina (MG.)	☐ ☐	Dosis diaria: _____
Vildagliptina (MG.)	☐ ☐	Dosis diaria: _____
		Glipizida (mg.) ☐ ☐ Dosis diaria: _____
		Gliclazida (mg.) ☐ ☐ Dosis diaria: _____
		Glimepirida (mg.) ☐ ☐ Dosis diaria: _____
		Glucagón (mg.) ☐ ☐ (1 por año)

SI NO	SI NO	
Insulina Basal (U.I.)	☐ ☐	Genérico:
		Dosis diaria:
SI NO	SI NO	
Insulina de corrección (U.I.)	☐ ☐	Genérico:
		Dosis diaria:

SI NO	
Lancetas	☐ ☐
Tiras reactivas	☐ ☐
	Cantidad mensual: _____
	Cantidad mensual: _____

SI NO	
Otros	☐ ☐
	Genérico:

Fundamento que justifique la prescripción

Firma y Sello Médico Tratante:

Teléfono: Cel:

El protocolo debe estar completo en todos sus campos y acompañado de los estudios respaldatorios correspondientes. **El tratamiento una vez autorizado, tendrá una validez de 4 meses. Transcurrido dicho plazo, se presenta un protocolo actualizado para una nueva evaluación de la cobertura.** Notificaciones, recordatorios y requerimientos serán informados via correo electronico al mail declarado ut supra.

INSTRUCTIVO DE DIABETES

Estimado/a Afiliado/a:

Para acceder a la cobertura de medicamentos e insumos determinada por el Programa Nacional de Diabetes (Ley N° 23.753 y Res. N° 423/18 Ministerio de Salud la Nación), deberá presentar ante Auditoría Médica lo siguiente.

REQUISITOS PARA EL ALTA

1. Copia de informe de estudios de diagnostico: Laboratorio completo, glucemia, HBA 1C, triglicéridos y LDL.
2. Consentimiento informado, firmado por el médico tratante y afiliado/a.
3. Protocolo de Diabetes, en original y completo sin excepción en todos los campos, por su médico especialista tratante, con fecha, firma y sello.

Importante:

Dicho protocolo tendrá una validez de 4 meses desde su autorización, por lo que deberá renovarlo antes de dicho plazo. Este requisito, permitirá renovar la autorización que lo habilita en farmacia.

REQUISITOS PARA CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO Y/O AUMENTO DE DOSIS

1. Presentar los mismos REQUISITOS QUE PARA EL ALTA.
2. Breve resumen de médico que justifique el cambio.

Una vez presentada la documentación solicitada, la Obra Social expenderá la medicación e insumos que sean autorizados, de manera mensual con las recetas correspondientes, a través de la farmacia asignada para tal fin.

LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA CONFORMIDAD DE LO SOLICITADO. TRÁMITE SUJETO A AUDITORÍA MÉDICA.

Resolución N° 423/2018 Programa Nacional de Prevención y control de personas con diabetes mellitus / Anexo I: Normas de Provisión de Medicamento e Insumos para Personas con Diabetes. / Medicamentos e insumos comprendidos.

MEDICAMENTOS / INSUMOS BÁSICOS

CANTIDAD DE REFERENCIA Y DESCRIPCIÓN DEL INSUMO

Comprende a aquellas personas en tratamiento con insulinas	Tratamiento no intensificado - Solo o combinado con antidiabéticos orales	Tratamiento Intensificado
Insulinas	Origen humano: regular NPH, lenta premezcla y ultralenta. Análogos de la insulina: a) rapidos: Lispro, Aspartica, Glulisina. b) de accion prolongada: Detemir / Glargina / Degludec c) Premezclas.	
Jeringas descartables para insulina	300 anuales	730 anuales
Agujas descartables uso subcutáneo	300 anuales	730 anuales
Lancetas descartables punción digital	100 anuales	200 anuales
Provisión de tiras reactivas automonitoreo glucémico	400 anuales	1500 anuales / 1800 anuales (situaciones especiales)(*)
Tiras reactivas acetona en sangre y orina	50 anuales	
Tiras reactivas glucosa en orina	100 anuales	
Bomba de infusión continua para insulina y sus insumos descartables(**)	Según prescripción médica especializada	
Glucagón	1 mg. - 1 por año	
Comprende a aquellas personas en tratamiento con antidiabeticos orales: Biguanidas y Sulfonilureas, IDPP4.	Biguanidas: clorhidrato de metformina IDPP4: Vildagliptina - Sitagliptina	Sulfonilureas: Glipizida - Glimepirida - Gliclazida.
Provisión de tiras reactivas para glucosa en sangre	50 anuales	100 anuales
Lancetas descartables para punción digital	50 anuales	
Reflectómetro para la lectura de las tiras reactivas para glucosa en sangre	1 cada 2 años. Todas las personas con diabetes	

(*) Situaciones Especiales: deberan acreditarse presentado resumen de historia clínica, laboratorio completo y registro semanal de glucemias.

(**) En caso de indicación de bomba de infusión continua para insulina, por favor contactarse con Auditoría Médica para solicitar el instructivo donde se detalla la documentación a presentar.

FECHA:/...../..... DNI:
FIRMA Y ACLARACIÓN BENEFICIARIO: