

PROTOCOLO DE DIABETES

Año: Trimestre calendario: Fecha:/...../..... Hoja 1/2

Datos personales

Apellido y Nombre:
 N° de beneficiario: Tipo y N° de DNI:
 Domicilio: Tel:
 Localidad - Provincia:
 Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Sexo:

Diagnóstico

DTM1 DTM2 Gestacional Otros

Fecha diagnóstico DTM/...../..... Edad al diagnóstico Obs:

Comorbilidades

HTA Obesidad Dislipemia Tabaquismo

Fecha diagnóstico/...../...../...../...../...../...../...../.....

Exámen Físico

Peso Altura Circunf. Abdominal IMC

Fecha de realización/...../...../...../...../...../...../...../.....

Complicaciones (completar sólo las respuestas afirmativas con fecha)

Cardiovasculares	Fecha	Renales	Fecha	Otras	Fecha
Hipert. Ventrículo Izq.	...../...../.....	Insuf. Renal Crónica	...../...../.....	Neuropatías/...../.....
Infarto Agudo Miocárdio	...../...../.....	Nefropatía	...../...../.....	Úlcera de Pie/...../.....
Stent	...../...../.....	Diálisis	...../...../.....	Pie diabético/...../.....
Cirug. Revas. Miocárdica	...../...../.....	TX Renal	...../...../.....	Amputaciones/...../.....
Insuficiencia Cardíaca	...../...../.....			Hipoglucemias/...../.....
Acc. Isquémico Transitorio/...../.....			/...../.....
ACV	...../...../.....	Oftalmológicas	Fecha	/...../.....
Vasculopatía	...../...../.....	Retinopatía/...../.....	/...../.....
		Ceguera/...../.....	/...../.....

Cardiovasculares	Fecha	Valor	Unidades	Observaciones
Glucemia en ayunas/...../.....			
HbA 1C/...../.....			
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja/...../.....			
Triglicéridos/...../.....			
Microalbuminuria/...../.....			
Creatinina Sérica/...../.....			
Clearence de Creatinina/...../.....			
TA sistólica / TA diastólica/...../.....			
/...../.....			
/...../.....			

Estudios Complementarios				Fecha
Fondo de ojo	<input type="checkbox"/> Sin RD	<input type="checkbox"/> RDNP	<input type="checkbox"/> RDP/...../.....
Sin RD: sin retinopatía diabética	RDNP: retinopatía diabética no proliferativa		RDP: retinopatía diabética proliferativa/...../.....
Exámen de pie	<input type="checkbox"/> Realizado (S/N)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado/...../.....

Firma y Sello Médico Tratante

Firma y Sello Auditor Médico

PROTOCOLO DE DIABETES

Año: Trimestre calendario: Fecha:/...../..... Hoja 2/2

Tratamiento / Prescripción

Monodroga		Origen		Dosis Diaria	Año Inicio	Presentación / Nombre comercial	
Insulina	Corriente	Humana		U.I		Cartuchos x 3 ml	
						Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulina	N.P.H.	Humana		U.I		Cartuchos x 3 ml	
						Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulinas Análogas				U.I		Cartuchos x 3 ml	
•Acción Prolongada				U.I		Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulinas Análogas							
•Rápidas				U.I			
Hipogluc. Orales	Metformina			Mg			
	Pioglitazona			Mg			
	Gliclazida			Mg			
	Glimepiride			Mg			
	Vildagliptina			Mg			
	Sitagliptina			Mg			
					Mg		
				Mg			
Glucagon							
Tiras Reactivas				Tiras			
				Tiras			
Otros							
Otros							

Otros Tratamientos

Nombre Genérico Medicamento	Unidades x toma	Tomas x día	Tomas x semana	Dosis mensual
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				

Fundamentación médica del uso de la medicación indicada:

Estilo de vida	Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)
Automonitoreo (S/N) N° veces por día / semana:	Educación diabetológica? (S/N)
Actividad física (S/N)	Plan de alimentación saludable? (S/N)
En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N)	Cumple indicaciones dietarias? (S/N)

Médico tratante:
 Domicilio: _____ Tel.: _____
 Localidad - Provincia: _____

Firma y Sello Médico Tratante

Firma y Sello Auditor Médico

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, Res. N° 423/18 y Res. 948/2019 Ministerio de Salud la Nación), deberá presentar ante la Auditoría Médica de Ospoce, lo siguiente.

REQUISITOS PARA EL ALTA

1. Copia de informe de estudios de diagnóstico: 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.
4. Copia de ordenes médicas.

Importante:

Dicho protocolo tendrá una validez de 6 meses desde su autorización, por lo que deberá renovarlo antes de dicho plazo. Este requisito, permitirá renovar la autorización que lo habilita en farmacia (Art. 5 Res. N° 423/2018 M.S.).

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 acción 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 antidiabéticos orales: Biguanidas y Sulfonilureas, IDPP4.	Biguanidas: clorhidrato de metformina IDPP4: Vildagliptina - Sitagliptina	Sulfonilureas: Glipizida - Glimiperida - 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: deberán 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: