

RECETA DIABETES

VÁLIDO SOLO PARA MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON DIABETES-
COBERTURA 100%, SEGÚN RESOLUCIÓN 1156/14

OBRA SOCIAL (SIGLAS) N° S.S.S.

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO NOMBRE SEXO F M
 DOC. TIPO NRO. FECHA DE NACIMIENTO
 N° AFILIADO TELÉFONO
 CALLE N° PISO DPTO. COD. POSTAL BARRIO
 LOCALIDAD PROV. E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

APELLIDO NOMBRE
 MATRÍCULA ESPECIALIDAD
 INSTITUCIÓN
 TELÉFONO TEL. CELULAR
 E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA DEL REGISTRO EDAD DEL DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

TIPO 1 TIPO 2 DISLIPIDEMIA SI NO OBESIDAD SI NO TABAQUISMO SI NO

COMPLICACIONES

HIPERTROFIA VENTRICULAR SI NO INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SI NO ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR SI NO
 RETINOPATÍA SI NO CEGUERA SI NO VASCULOPATÍA PERIFÉRICA SI NO
 AMPUTACIÓN SI NO DIÁLISIS SI NO NEUROPATÍA PERIFÉRICA SI NO
 NEFROPATÍA SI NO TRANSP. RENAL SI NO INSUF. CARDÍACA SI NO

ESTUDIOS

ESTUDIOS	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA
GLUCEMIA EN AYUNAS			MICROALBUMINURIA		FONDO DE OJO	
HBA1C			TA SISTÓLICA		PESO	
LDLC			TA DIASTÓLICA		TALLA	
TRIGLICÉRIDOS			CREATININA SERICA		CIRC. ABDOMINAL	

TRATAMIENTO

AUTOMONITOREO GLUCÉMICO SI NO ACTIVIDAD FÍSICA SI NO CUMPLE ADECUADAMENTE TRAT. SI NO
 FARMACOS ANTIHIPERTENSIVO SI NO FARMACOS HIPOLIPEMIANTE SI NO ACIDO ACETIL SALICILICO SI NO
 HIPOGLUCEMIANTES ORALES SI NO

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES
HIPOGLUCEMIANTE	GLIBENCLAMIDA <input type="checkbox"/>		5 mg <input type="checkbox"/>	mg.	
HIPOGLUCEMIANTE	METFORMINA <input type="checkbox"/>		500 <input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 850 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/>	mg.	
HIPOGLUCEMIANTE	GLIMEPIRIDE <input type="checkbox"/>		2mg <input type="checkbox"/> 4mg <input type="checkbox"/>	mg.	
HIPOGLUCEMIANTE	GLIPIZIDA <input type="checkbox"/>		5 mg <input type="checkbox"/>	mg.	
HIPOGLUCEMIANTES	OTROS <input type="checkbox"/>				
TIRAS REACTIVAS	<input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	d/d	
INSULINA	CTE <input type="checkbox"/> LISPR <input type="checkbox"/> ASPAR <input type="checkbox"/> GLUL <input type="checkbox"/>			U.I.	
INSULINA	NPH <input type="checkbox"/> DETEM <input type="checkbox"/> GLARG <input type="checkbox"/> DEGL <input type="checkbox"/>			U.I.	
INSULINA	NPH + CTE <input type="checkbox"/> ASP.BIF <input type="checkbox"/> LISP.MIX <input type="checkbox"/>			U.I.	
INSULINA	OTROS <input type="checkbox"/>			U.I.	

NOTA: Prescripción: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración". (Ley 25649, art. segundo).

FIRMA DEL BENEFICIARIO/A

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL MÉDICO

OSPIC OBRA SOCIAL
DEL PERSONAL
DE LA INDUSTRIA
DEL CAUCHO