

PLANILLA 104 - **DIABETES**

NOMBRE Y APELLIDO BENEFICIARIO: _____

N° AFILIADO: _____

TELÉFONO AFILIADO: _____

EDAD: _____

PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

1. **DIAGNÓSTICO**

DBT TIPO I ____ DBT TIPO II ____ REQUIRIENTE INSULINA ____ DBT GESTACIONAL ____

ANTIGÜEDAD DEL DIAGNÓSTICO DE DIABETES _____

2. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA Y MOTIVO POR EL CUAL SE INDICA LA MEDICACIÓN (DEBE CONSTAR SI HUBIEREN ANTECEDENTES DE: CA MEDULAR DE TIROIDES/ EMBARAZO/ LACTANCIA/ ENFERMEDAD RENAL -IR O DIÁLISIS-/ ENFERMEDAD GÁSTRICA/ ENFERMEDAD HEPÁTICA).

3. **COMPLICACIONES:**

1. PRESENTA HIPOGLUCEMIAS: SI ____ NO ____ EN CASO AFIRMATIVO RESPONDA:

GRADO: Leve ____ Moderada ____ Con pérdida de conocimiento ____ Frecuencia semanal: ____ veces

2. RETINOPATÍA: SI ____ NO ____

4. NEUROPATÍA: SI ____ NO ____

3. NEFROPATÍA: SI ____ NO ____

5. MACROVASCULAR: SI ____ NO ____

4. COMPLETAR SOBRE MEDICACIÓN QUE VIENE UTILIZANDO EL PACIENTE (ADJUNTAR INFORME CON RESPUESTA TERAPÉUTICA DE BYETTA/ VICTOZA / SULFONILUREAS)

FARMACO	DOSIS/DIA	COMP./DIA	COMP./MES
METFORMINA			
GLIBENCLAMIDA			
BYETTA			
VICTOZA			
OTROS 1:			
OTROS 2:			

HIPOGLUCEMIANTES ORALES _____

SULFONILUREAS _____

TIRAS REACTIVAS _____ TIPO: _____

DOS ÚLTIMOS DOSAJES DE HbA1C (GLICOSILADA): _____ ; _____



INSULINAS:

ORIGEN	TIPO	PRESENTACIÓN	DOSIS/DIA	CANT. APL/DIA	DOSIS/MES

OTROS DATOS QUE DESEE APORTAR:

5. DEBERÁ PRESENTAR ANTE LA SOLICITUD DE BYETTA O VICTOZA: (a) LABORATORIO ORIGINAL CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA, UREA, CREATININA, TGO, TGP, TG, AMILASA, PÉPTIDO C; (b) ÚLTIMO EXAMEN OFTALMOLÓGICO; (c) EXAMEN DE PIE

6. TRATAMIENTO COMPLETO INDICADO DESDE LA FECHA

GENÉRICO	MARCA COMERCIAL	POSOLOGÍA	
		(MG./DOSIS DIA)	CANTIDAD MENSUAL
1			
2			
3			
4			
5			
6			

FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE:

TELÉFONO: _____

Nº PRESTADOR: _____

FECHA: _____

IMPORTANTE: (1) El afiliado deberá entregar el protocolo completo por su médico tratante en el sector Farmacia con copias del protocolo y de las recetas (2) De tener otorgado Certificado Único de Discapacidad deberá adjuntar la copia junto con el protocolo. (3) La resolución será entregada al afiliado luego de las 96hs. hábiles por el sector Farmacia. Deberá presentarse con las recetas originales. (4) En caso de cambio de medicación y/o cambio de dosis, el afiliado deberá presentar nuevamente la solicitud. (5) Byetta/Victoza tendrán plazo de autorización de hasta un (1) año. (6) De haber dos protocolos, ambos deberán ser completados y firmados por el médico tratante. (7) La presentación de este protocolo no implica la aprobación total o parcial del mismo. (8) De ser necesario se solicitará al afiliado documentación complementaria para auditoría externa. (9) Cualquier reclamo por error en la autorización, deberá realizarlo dentro de los 30 días de retirada la autorización. Pasado ese lapso y si Ud. advirtiere del error, deberá presentar nuevo protocolo con la solicitud de cobertura del fármaco en cuestión, que tendrá el tiempo de auditoría ordinario.