

Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de la DIABETES (Análogos de Insulina de Acción Prolongada)

Fecha de solicitud : ____/____/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: ____ años Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Institución de origen _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas. El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

MEDICO SOLICITANTE (Diabetólogo , Endocrinólogo):

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNOSTICO:

☐ Diabetes tipo 1 ☐ Diabetes tipo 2 Fecha del diagnóstico: ____/____/____

SITUACIÓN CLINICA PREVIA AL INICIO DEL ANÁLOGO

1) ☐ Tratamiento insulínico intensificado

- ☐ Insulina de acción intermedia + insulina de acción rápida o análogos de acción ultrarrápida (≥3 dosis/día combinando Insulinas de acción diferente)
- ☐ Monitoreo glucémico (≥3 veces/día)

2) ☐ Persistencia de mal control glucémico

- ☐ HbA1c ≥ 8%

3) ☐ Hipoglucemias severas

- ☐ ≥3 episodios en los últimos 6 m
- ☐ Glucemia <50mg/dl
- ☐ Ayuda de terceros o consulta hospitalaria

4) ☐ Alergia a insulina NPH

CONTROL GLUCÉMICO

Enviar registro de automonitoreo glucémico, impreso, generado como salida del glucómetro o en su defecto en planilla aportada por el FNR de los últimos 3 a 6 meses, con 3 determinaciones diarias como mínimo.

HbA1c (%) ____ , ____

HIPOGLUCEMIA

En los últimos 6 m: Nº _____ episodios

Fecha: ____/____/____

Hipoglucemia comprobada(mg/dl): ____ Glucagon: ☐ Si ☐ No Hospitalización: ☐ Si ☐ No Glucosa i/v: ☐ Si ☐ No

Fecha: ____/____/____

Hipoglucemia comprobada(mg/dl): ____ Glucagon: ☐ Si ☐ No Hospitalización: ☐ Si ☐ No Glucosa i/v: ☐ Si ☐ No

Fecha: ____/____/____

Hipoglucemia comprobada(mg/dl): ____ Glucagon: ☐ Si ☐ No Hospitalización: ☐ Si ☐ No Glucosa i/v: ☐ Si ☐ No

Fecha: ____/____/____

Hipoglucemia comprobada(mg/dl): ____ Glucagon: ☐ Si ☐ No Hospitalización: ☐ Si ☐ No Glucosa i/v: ☐ Si ☐ No

Fecha: ____/____/____

Hipoglucemia comprobada(mg/dl): ____ Glucagon: ☐ Si ☐ No Hospitalización: ☐ Si ☐ No Glucosa i/v: ☐ Si ☐ No

TRATAMIENTO PREVIO:

☐ Insulinoterapia

☐ NPH ____ UI/día

Nº dosis ____

☐ Insulina cristalina ____ UI/día

Nº dosis ____

Frecuencia: ☐ Fija ☐ Ajustes ☐ Conteo HC

☐ Análogos de acción rápida ____ UI/día

Nº dosis ____

Frecuencia: ☐ Fija ☐ Ajustes ☐ Conteo HC

☐ Plan alimentario

Conteo de Hidratos de carbono ☐ Si ☐ No

MONITOREO GLUCÉMICO

Nº determinaciones /día ____

PACIENTES QUE YA UTILIZAN ANÁLOGOS DE INSULINA DE ACCIÓN PROLONGADA

Fecha de inicio del análogo de acción prolongada ____/____/____

HbA1c (%) pretratamiento: ____, __ Fecha : ____/____/____

HbA1c (%) postratamiento (6m): ____, __ Fecha: ____/____/____

Nº de hipoglucemias en 6m pretratamiento: ____ Nº de hipoglucemias en 6m postratamiento: ____

TRATAMIENTO SOLICITADO:

☐ Insulina Glargina Dosis solicitada: ____ UI/día

☐ Insulina Detemir Dosis solicitada: ____ UI/día Para el mes de: _____

CÓDIGO DE LA FARMACIA INSTITUCIONAL DONDE SE ENTREGARÁ LA MEDICACIÓN: ____ . ____

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: