

Novedades en Diabetes Mellitus

Notificación a pacientes.

Estimados afiliados:

Nos comunicamos con Uds. para recordarle, que coincidiendo con la presentación del formulario de empadronamiento semestral derivado de las directivas del Ministerio de Salud de la Nación (Resolución: 948/2019) todos los pacientes con Diabetes Mellitus que quieran mantener los beneficios otorgados en la provisión de fármacos deberán re empadronarse a partir de Enero 2023

En este procedimiento, que se inició el 1° de enero de 2019, todos los afiliados con Diabetes Mellitus deberán reempadronarse **y recategorizarse antes del 31 de mayo de 2023 por primera vez y luego deberá actualizar y entregar el formulario nuevamente antes del 30 de noviembre del 2023.**

Le solicitamos que acuda a su médico tratante (especialista) a fin de completar el formulario correspondiente, el cual se adjunta.

Una vez completo, firmado y sellado por el profesional, debe **presentar el formulario en Sarmiento 663 2° piso de lunes a viernes de 9 a 17:30 hs.**

Esta actualización en el padrón de afiliados con diabetes te permite recibir el tratamiento adecuado, garantizar la cobertura correcta y evitar posibles retrasos en las farmacias al momento de retirar los insumos y medicación.

Le hacemos llegar nuestro cordial saludo agradeciendo su colaboración en este proceso.

Adjuntamos los formularios a completar por su médico

Empadronamiento de pacientes diabéticos Clasificación

Estimado Dr.:

A fin de un correcto enrolamiento en nuestro sistema, le pedimos que marque con una cruz, el tipo de Diabetes al cual pertenece su paciente - Éste deberá adjuntarse junto con el resto de la documentación.

E1	E2	E3	E4
----	----	----	----

Referencias:

E1) Son los pacientes infanto-juveniles o adultos que reciben INSULINA desde el inicio de su enfermedad puede ser en la infancia / adolescencia o adultez. Son los Diabéticos tipo 1, pero también se incluyen en esta categoría a los pacientes adultos diabéticos Tipo 2 que estando bajo tratamiento con hipoglucemiantes orales no importa cuales, reciban insulina en más de una dosis diaria y en general con 2 tipos diferentes de insulina, Ej.: NPH y Aspártica, o Glargina y Aspártica o Lispro, etc.

E2) Son los pacientes con Diabetes tipo 2 que reciben hipoglucemiantes orales solamente, no importa cuales ni cuanto al día, pero NO RECIBEN INSULINA.

E3) Son los pacientes incluidos en E2 pero que están recibiendo además una sola dosis diaria de INSULINA generalmente a la mañana o a la noche y suelen ser NPH o Glargina en la mayoría de los casos.

E4) Son las Diabéticas gestacionales, o sea pacientes sanas previamente que al cursar el embarazo debutan con diabetes y generalmente en su mayoría reversion al finalizar el mismo.

Anexo III

PLANILLA DE REGISTRO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

DIABETES MELLITUS					
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO					
Año: <input type="text"/>		Trimestre calendario: <input type="checkbox"/>		Fecha: __/__/__	
Hoja 1/2					
NOMBRE Y APELLIDO:					
Nº DE BENEFICIARIO:		DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO:		NRO.:	
DOMICILIO:				TE:	
LOCALIDAD - PROVINCIA:					
FECHA DE NACIMIENTO:		Edad:		SEXO: F / M <input type="checkbox"/>	
DIAGNOSTICO:		DTM1 <input type="checkbox"/>		DTM2 <input type="checkbox"/>	
		GESTACIONAL <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/>	
Fecha diagnóstico DTM		Edad al diagnóstico		Obs: _____	
COMORBILIDADES:		HTA <input type="checkbox"/>		OBESIDAD <input type="checkbox"/>	
		DISLIPEMIA <input type="checkbox"/>		TABAQUISMO <input type="checkbox"/>	
Fecha diagnóstico:		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
EXAMEN FISICO:					
PESO <input type="text"/>		ALTURA <input type="text"/>		CIRCUNF. ABDOMINAL <input type="text"/>	
				IMC <input type="text"/>	
Fecha de realización		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)					
CARDIOVASCULARES		RENALES		OTRAS	
Fecha		Fecha		Fecha	
Hipert. Ventrículo Izq.		Insuf. Renal Crónica		NEUROPATIAS	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ULCERA DE PIE	
Stent		Diálisis		PIE DIABETICO	
Cirug. Revas. Miocárdica		TX Renal		AMPUTACIONES	
Insuficiencia Cardíaca				HIPOGLUCEMIAS	
Acc. Isquémico Transitorio		OFTALMOLOGICAS			
ACV		Fecha			
Vasculopatía Periférica		Retinopatía			
		Ceguera			
CONTROLES		FECHA		VALOR	
				UNIDADES	
				OBSERVACIONES	
Glucemia en ayunas					
HbA1C					
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja					
Triglicéridos					
Microalbuminuria					
Creatinina sérica					
Clearance 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	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE</div> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO</div> </div>					

DIABETES MELLITUS									
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO									
Año: <input style="width: 40px;" type="text"/>		Trimestre calendario: <input style="width: 40px;" type="text"/>		Fecha: ___/___/___			Hoja 2/2		
TRATAMIENTO / PRESCRIPCION									
MONODROGA		ORIGEN		DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION / 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 - Acción Prolongada				U.I		Cartuchos x 3 ml			
				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					
GLUCAGON									
TIRAS REACTIVAS				tiras					
				tiras					
OTROS									
OTROS									
OTROS TRATAMIENTOS									
NOMBRE GENERICO MEDICAMENTO					UNIDADES X TOMA	TOMAS X DIA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL	
Antihipertensivos									
Hipolipemiantes									
Antiagregantes									
FUNDAMENTACION MEDICA DEL USO DE LA MEDICACION 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)				
MEDICO TRATANTE:									
DOMICILIO:					TE:				
LOCALIDAD - PROVINCIA:									
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE					<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO				