



# Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

## PROTOCOLO DE DIABETES

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

### Datos personales

Apellido y Nombre: .....

Nº de beneficiario: ..... Tipo y Nº de DNI: .....

Domicilio: ..... Mail: ..... 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 ☐

### Exámen Físico

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

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                      | ...../...../..... | Oftalmológicas       | Fecha             | Pie diabético | ...../...../..... |
| Cirug. Revas. Miocárdica   | ...../...../..... | TX Renal             | ...../...../..... | Amputaciones  | ...../...../..... |
| Insuficiencia Cardíaca     | ...../...../..... | Retinopatía          |                   | Hipoglucemias | ...../...../..... |
| Acc. Isquémico Transitorio | ...../...../..... | Ceguera              | ...../...../..... |               | ...../...../..... |
| ACV                        | ...../...../..... |                      |                   |               | ...../...../..... |
| Vasculopatía               | ...../...../..... |                      |                   |               | ...../...../..... |

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

Firma y Sello Médico

Firma y Sello Auditor Médico



# Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Río Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

## 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<br>•Acción Prolongada |               |        |  | U.I          |            | Cartuchos x 3 ml                |  |
|                                          |               |        |  | U.I          |            | Lapiceras prellenadas x 3 ml    |  |
| Insulinas Análogas<br>•Rápidas           |               |        |  |              |            |                                 |  |
|                                          |               |        |  | U.I          |            |                                 |  |
| Hipogluc. Orales                         | Metformina    |        |  | Mg           |            |                                 |  |
|                                          | Pioglitazona  |        |  | Mg           |            |                                 |  |
|                                          | Gliclazida    |        |  | Mg           |            |                                 |  |
|                                          | Glimepiride   |        |  | Mg           |            |                                 |  |
|                                          | Vildagliptina |        |  | Mg           |            |                                 |  |
|                                          | Sitagliptina  |        |  | Mg           |            |                                 |  |
|                                          |               |        |  | Mg           |            |                                 |  |
|                                          |               |        |  | Mg           |            |                                 |  |
| 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



# Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

## 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 Osoefrny, 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.

#### 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.*

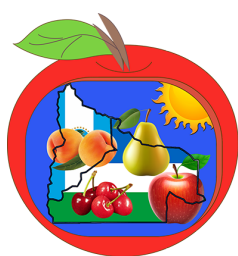
**LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA CONFORMIDAD DE LO SOLICITADO.  
TRÁMITE SUJETO A AUDITORÍA MÉDICA.**

**LOS DATOS SON OBLIGATORIOS Y SU AUSENCIA IMPIDE EL TRAMITE DE EMPADRONAMIENTO.**

FECHA: ...../...../..... DNI: .....

FIRMA Y ACLARACIÓN BENEFICIARIO: .....

AUDITORÍA MÉDICA OSOEFRNYN



# Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ...../...../.....

Nombre completo del paciente o Sigla

.....

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

.....

DNI .....

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

### DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MEDICACIÓN

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día ..... de ..... de , en la Ciudad de ..... , Provincia de .....

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico  
Responsable

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Tipo y N° de Matrícula

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración / Sigla

\_\_\_\_\_  
D.N.I.