

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSUMOS PARA BOMBA DE INSULINA

Fecha: ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino

MEDICO SOLICITANTE: N° CP _____ Nombre _____

RECAMBIO DE TRANSMISOR: NO SI (El recambio de transmisor se ingresa en DPP independiente)

Transmisor: _____

Motivo del cambio: _____

SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO: NO SI Fecha: ___/___/___

Motivo: Persistencias de hipoglucemias severas Mala adherencia al tratamiento
 CAD por mal manejo del sistema Abandono
 Mal manejo del dispositivo Fallecimiento
 Otro motivo

Especifique: _____

INFORMACIÓN DEL PERÍODO (Desde fecha de última autorización)

Operador del sistema: Padre/Tutor Paciente

Comprensión y habilidad para operar el sistema: Adecuada Inadecuada

Conteo de hidratos de carbono: Adecuado Inadecuado

Actividad física: Adecuada Inadecuada

Monitoreo de glucosa: Adecuado Inadecuado

N° de controles con el equipo de salud en el último período: ____

SITUACIÓN CLÍNICA

Hipoglucemia severa o inadvertida en los últimos 6 meses: No Si N°: ____

Consulta en servicio de urgencia: Si No Internación: Si No

Episodios de hiperglicemia con cetosis en los últimos 3 meses: No Si N°: ____

Episodios de CAD en los últimos 3 meses: No Si N°: ____

Amplia variabilidad (fluctuaciones impredecibles de la glucosa): Si No

Hemoglobina Glicosilada (%) (valor de los últimos 3 meses): ____ , ____

Tiempo en rango:

Por arriba del rango (%) ____ Tiempo en rango (%) ____ Por debajo del rango (%) ____

COMPLICACIONES:

- Del tratamiento? No Si Cuál? Oclusión de catéter CAD
 Infecciones cutáneas Alergia a algún componente del sistema
- De la enfermedad? No Si Cuál? Microangiopatía Macroangiopatía
 Otras _____
- Enfermedades o situaciones intercurrentes? No Si

VALORACIÓN NUTRICIONAL (Completar en forma anual hasta los 15 años de edad)

Indicadores recomendados para el diagnóstico nutricional de niños y adolescentes:

Desde el nacimiento hasta los 2 años (*): Valorar con PESO/EDAD (percentil): ____

Desde los 2 años hasta los 5 años (*): Valorar con PESO/TALLA (percentil): ____

Desde los 5 años hasta los 15 años (**): Valorar con IMC/EDAD (percentil): ____

(*) Patrón de referencia OMS 2006
(**) Patrón de referencia OMS 2007

OBSERVACIONES:

INSUMOS MENSUALES: No Si

Catéteres de infusión: N°: ____

Reservorios: N°: ____

Sensores Enlite: N°: ____

Set de infusión: Quick-set
 Silhouette

Adjuntar a este formulario informe del médico tratante, certificado de adherencia al tratamiento realizado por Lic. en Nutrición y monitoreo de glucosa del sensor del dispositivo en cada control.