

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: N° _____ 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

N° dosis ___

Insulina cristalina ___ ___ UI/día

N° dosis ___

Frecuencia: Fija Ajustes Conteo HC

Análogos de acción rápida ___ ___ UI/día

N° dosis ___

Frecuencia: Fija Ajustes Conteo HC

Plan alimentario

Conteo de Hidratos de carbono Si No

MONITOREO GLUCÉMICO

N° 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: ___/___/___

N° de hipoglucemias en 6m pretratamiento: ___

N° 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: