



Ministerio
de Salud Pública



Solicitud de Dispositivo de Monitoreo Continuo de Glucosa para embarazadas Sistema María

Fondo Nacional de Recursos

Noviembre 2024

Copyright 2012 © Fondo Nacional de Recursos - Se permite la distribución y la copia literal de este artículo en su totalidad por cualquier medio, sin paga de derechos, siempre y cuando se conserve la nota de copyright y esta nota de permiso.

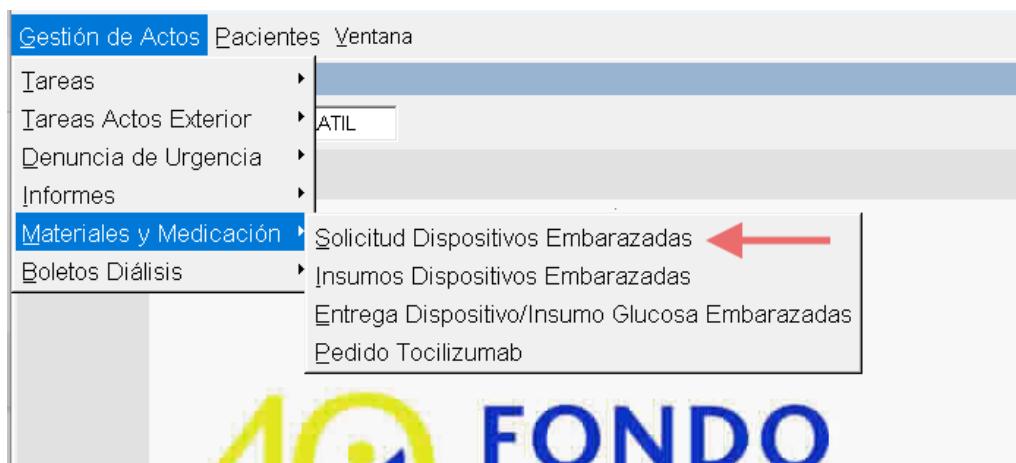
Menú de acceso - Sistema María

Se debe ingresar al Sistema María del FNR con la dependencia **pedidos-medicamentos-prestador**.

Si el usuario no tiene asociada esa dependencia, debe solicitar al Usuario Administrador del Prestador que se la agregue.

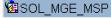
Solicitud inicial

Se accede al formulario mediante el menú **Gestión de Actos/Materiales y Medicación/Solicitud Dispositivos Embarazadas**.



Abre el formulario de Solicitud de Dispositivo de Monitoreo Continuo de Glucosa para Embarazadas, dónde se deben completar los datos requeridos.

Formulario de Solicitud

 **SOLICITUD DE DISPOSITIVO DE MONITOREO DE GLUCOSA-MSP**

DATOS PACIENTE		SITUACIÓN CLÍNICA PREVIA A LA SOLICITUD		CONTROL GLUCÉMICO	
Tipo de documento: <input type="text"/> Dígito Verificador <input type="text"/> Número de documento: <input type="text"/> Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/> Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/> Edad (años): <input type="text"/> Dirección: <input type="text"/> Teléfono: <input type="text"/> Institución de origen: <input type="text"/> Dependencia: <input type="text"/> Médico solicitante: <input type="text"/>		Tratamiento insulínico Insulina de acción intermedia + insulina de acción rápida o análogos de acción ultrarrápida (≤3 dosis/día) <input type="checkbox"/> Monitoreo glucémico (≥3 veces/día) <input type="checkbox"/> SITUACIÓN CLÍNICA PREVIA A LA SOLICITUD Persistencia de mal control glucémico HbA1c >= 8 % <input type="checkbox"/> Hipoglucemias severas >= 3 episodios en los últimos 6m <input type="checkbox"/> Glucemia < 50 mg/dl <input type="checkbox"/> Ayuda de terceros o consulta hospitalaria <input type="checkbox"/>		Glucagón: <input type="checkbox"/> Hospitalización: <input type="checkbox"/> Glucosa i/v: <input type="checkbox"/> Última fecha: <input type="text"/> Hipoglucemia comprobada (mg/dl): <input type="text"/> Glucagón: <input type="checkbox"/> Hospitalización: <input type="checkbox"/> Glucosa i/v: <input type="checkbox"/>	
DIAGNÓSTICO		CONTROL GLUCÉMICO		MONITOREO GLUCÉMICO	
Diagnóstico: <input type="text"/> Fecha del diagnóstico: <input type="text"/> Fecha de confirmación del embarazo: <input type="text"/> Edad gestacional (semanas): <input type="text"/> Fecha de inicio de tratamiento insulínico: <input type="text"/>		HbA1c (%): <input type="text"/> Hipoglucemias: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sin Datos <input type="radio"/> N° de episodios: <input type="text"/> Período (meses): <input type="text"/> Primera fecha: <input type="text"/> Hipoglucemia comprobada (mg/dl): <input type="text"/>		N° de determinaciones/día: <input type="text"/> DISPOSITIVO SOLICITADO Dispositivo de monitoreo continuo de glucosa <input checked="" type="checkbox"/> Cantidad: <input type="text"/> Lector de dispositivo de monitoreo continuo de glucosa <input checked="" type="checkbox"/>	
CONSIDERACIONES Consideraciones relevantes: <input type="text"/>					
Adjuntar archivo PDF ADJUNTAR VER INFORMES CONFIRMA					

En el apartado “DISPOSITIVO SOLICITADO”, en el campo “Cantidad”, se debe indicar la cantidad de sensores solicitados para el trimestre. Para cubrir el trimestre es necesario ingresar “**Cantidad=6**”. Se puede ingresar un número menor de sensores en embarazadas cercanas al término del embarazo.

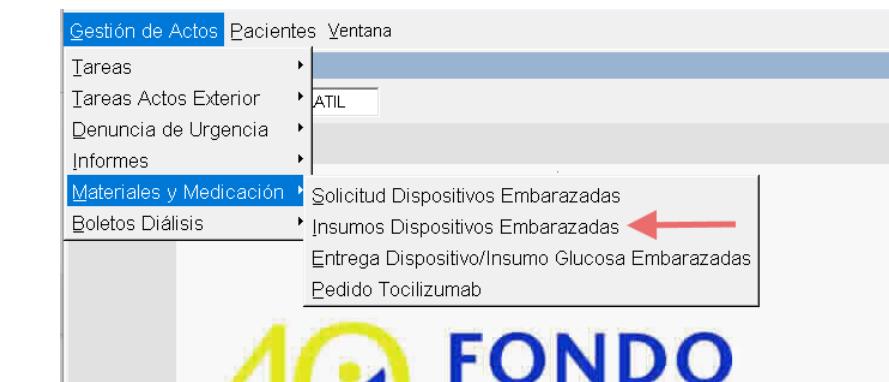
Adjuntar a la solicitud:

- Documento de Identidad de la paciente.
- Consentimiento Informado.
- Registro de automonitoreo glucémico.
- Resumen de Historia Clínica de diabetólogo/endocrinólogo.

Solicitud de insumos

Se habilitó un menú para ingresar la Solicitud de Insumos con frecuencia trimestral.

Se accede al formulario mediante el menú **Gestión de Actos/Materiales y Medicación/Insumos Dispositivos Embarazadas**.



Abre el siguiente formulario:

IMG_EMBARAZADAS_MSP

PEDIDO DE INSUMOS DE MONITOREO GLUCOSA-MSP

DATOS PACIENTE

Tipo de documento:	<input type="text"/>
Número de documento:	<input type="text"/> Dígito Verificador <input type="checkbox"/>
Primer Nombre:	<input type="text"/>
Segundo Nombre:	<input type="text"/>
Primer Apellido:	<input type="text"/>
Segundo Apellido:	<input type="text"/>
Edad (años):	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>
Institución de origen:	<input type="text"/>
Dependencia:	<input type="text"/>
Medico solicitante:	<input type="text"/>

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA

Suspende la cobertura?

Motivo

Uso del sensor <70% del tiempo, constatado en 2 consultas de seguimiento	<input type="checkbox"/>
Alta obstétrica	<input type="checkbox"/>
Mal manejo del dispositivo	<input type="checkbox"/>
Especifique:	<input type="text"/>
Alergia de contacto al parche	<input type="checkbox"/>
Fallecimiento	<input type="checkbox"/>
Otro motivo	<input type="checkbox"/>

CONTROL GLUCÉMICO

Edad gestacional (semanas):	<input type="checkbox"/>
HbA1c (%):	<input type="text"/>
Hipoglucemia:	<input type="checkbox"/>
Nº de episodios últimos 3 meses:	<input type="text"/>
Primera fecha:	<input type="text"/>
Hipoglucemia comprobada (mg/dl):	<input type="text"/>
Glucagón:	<input type="checkbox"/>
Hospitalización:	<input type="checkbox"/>
Glucosa i/v:	<input type="checkbox"/>
Última fecha:	<input type="text"/>
Hipoglucemia comprobada (mg/dl):	<input type="text"/>
Glucagón:	<input type="checkbox"/>
Hospitalización:	<input type="checkbox"/>
Glucosa i/v:	<input type="checkbox"/>

DISPOSITIVO SOLICITADO

Dispositivo de monitoreo continuo de glucosa

Solicita dispositivo para

1 mes <input type="checkbox"/>	2 meses <input type="checkbox"/>	3 meses <input type="checkbox"/>
--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

CONSIDERACIONES

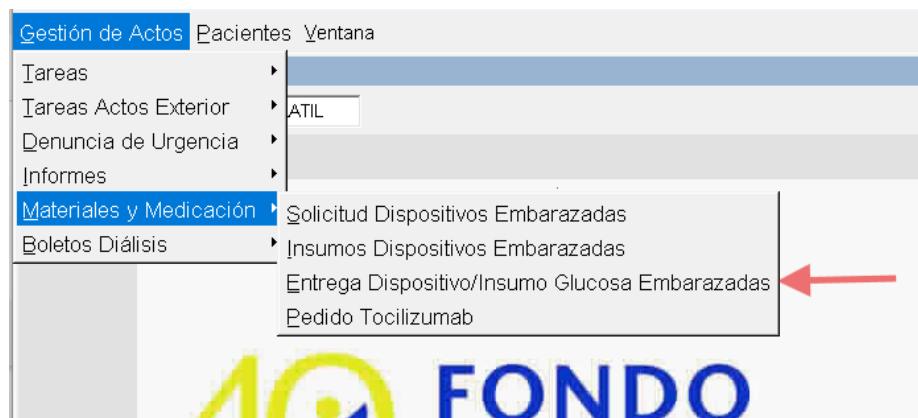
Consideraciones relevantes:

CONFIRMA

Registro de Entrega de Dispositivo/Insumos - Sistema María

Se debe registrar por parte de los prestadores, la fecha de entrega de Dispositivos/Insumos a la embarazada.

Se accede mediante el menú **Gestión de Actos/Materiales y Medicación/Entrega Dispositivo/Insumo Glucosa Embarazadas**.



Abre la siguiente pantalla, donde se deben ingresar los datos de la entrega, para cada paciente.

LISTADO_PEDIDOS

REGISTRO ENTREGA DISPOSITIVO/INSUMO GLUCOSA EMBARAZADAS MSP

Ingrese DNI/Pasaporte/documento (sin digito verificador)

DNI/Pasaporte/Documento (SIN DIGITO)

El número de pedido lo puede encontrar en el mail cuando fue autorizada la Solicitud de Dispositivo/Insumo.

Numero Pedido:

Fecha de entrega

CONFIRMA

Información complementaria:

- La Solicitud Inicial autoriza la cobertura durante tres meses.
- Para darle continuidad, se debe ingresar la Solicitud de Insumos para el monitoreo con frecuencia trimestral.
- La cobertura del Programa culminará una vez que el médico tratante otorgue el alta obstétrica.
- Para suspender la cobertura, se debe ingresar un formulario de Solicitud de Insumos indicando el motivo de suspensión.