

## Formulario de solicitud de INSUMOS PARA DISPOSITIVO DE MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA EN EMBARAZADAS

Fecha de solicitud : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre de la paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años Institución de origen \_\_\_\_\_

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante de la paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formarán parte de una Base de Datos de control del Ministerio de Salud Pública. El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

### MÉDICO SOLICITANTE (Diabetólogo , Endocrinólogo):

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:**     NO     SI    Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Motivo:

- Alta obstétrica
- Uso del sensor menor al 70% del tiempo, constatado en 2 consultas de seguimiento
- Mal manejo del dispositivo
- Alergia de contacto al parche
- Fallecimiento
- Otro motivo    Especifique \_\_\_\_\_

### CONTROL GLUCÉMICO

Edad gestacional: \_\_\_ \_\_ semanas

HbA1c (%)    \_\_\_ \_\_ , \_\_\_

### HIPOGLUCEMIA

Hipoglucemia:     Si     No

Nº de episodios en los últimos 3 meses: \_\_\_\_\_

Primera fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hipoglucemia comprobada(mg/dl): \_\_\_ \_\_    Glucagón:  Si  No    Hospitalización:  Si  No    Glucosa i/v:  Si  No

Última fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hipoglucemia comprobada(mg/dl): \_\_\_ \_\_    Glucagón:  Si  No    Hospitalización:  Si  No    Glucosa i/v:  Si  No

### DISPOSITIVO SOLICITADO (La solicitud de insumos se debe ingresar de manera trimestral)

Dispositivo de monitoreo continuo de glucosa

Solicita dispositivo para:     1 mes     2 meses     3 meses

### CONSIDERACIONES RELEVANTES