



## Formulario de solicitud de 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 \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO:

Diabetes tipo 1

Diabetes tipo 2

Fecha del diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha de confirmación del embarazo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Edad gestacional (semanas): \_\_\_ \_\_

Fecha de inicio de tratamiento insulínico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### SITUACIÓN CLÍNICA PREVIA A LA SOLICITUD

#### 1) Tratamiento insulínico:

- Insulina de acción intermedia + insulina de acción rápida o análogos de acción ultrarrápida ( $\geq 3$  dosis/día combinando Insulinas de acción diferente)
- Monitoreo glucémico ( $\geq 3$  veces/día)

#### 2) Persistencia de mal control glucémico:

- HbA1c  $\geq 8\%$

#### 3) Hipoglucemias severas:

- $\geq 3$  episodios en los últimos 6 m
- Glucemia  $< 50$ mg/dl
- Ayuda de terceros o consulta hospitalaria

### CONTROL GLUCÉMICO

Adjuntar registro de automonitoreo glucémico, generado como salida del glucómetro.

HbA1c (%) \_\_\_ \_\_ , \_\_\_

### HIPOGLUCEMIA

Hipoglucemia:  Si  No  Sin dato

Nº de episodios: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ meses (en lo posible ingresar el dato de los últimos 6 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

---

### **MONITOREO GLUCÉMICO**

Nº determinaciones /día \_\_\_\_\_

---

**DISPOSITIVO SOLICITADO** *(La solicitud inicial autoriza el suministro del lector y los sensores durante tres meses. Para continuar con la cobertura, se debe ingresar solicitud de insumos con frecuencia trimestral)*

- Dispositivo de monitoreo continuo de glucosa Cantidad: \_\_\_\_\_ *(ingresar 6 para cubrir el trimestre)*  
 Lector de dispositivo de monitoreo continuo de glucosa

---

### **CONSIDERACIONES RELEVANTES:**