

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac. ____/____/____

Beneficiario N°: _____

Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de inicio de la enfermedad ____/____/____

Cuadro clínico: _____

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad envases / mes

* Monodroga: SI NO Asociada con: _____

Duración estimada del tratamiento: _____

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso actual: _____ Peso hace 3 meses: _____ Peso habitual: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Talla: _____ IMC: _____ Circunf. cintura: _____

• H.T.A.: SI NO. Leve Moderada Grave • DISLIPEMIA: SI NO. Hipercolesterolemia Hipertrigliceridemia

• TABAQUISMO: SI NO. Cant. Cigarrillos / día: _____ • ACT. FÍSICA: SI NO. Frec. por semana: _____ Tiempo/día _____

• OBESIDAD: SI NO Grado 1 Grado 2 Mórbida Adherencia a la dieta: SI NO

• DBT: SI NO Tipo 1 Tipo 2 Insulinorreq. SI NO Automonitoreo SI NO

Enf. coronaria
 Nefropatía
 Endocrinopatía

ACV
 Pie diabético
 Hipertiroidismo

Vasculopatía periférica
 Retinopatía
 Hipotiroidismo

Neuropatía: Periférica Autonómica
Otras endocrin.: _____

LABORATORIO

2 ÚLTIMAS DETERMINACIONES (adjuntar protocolos firmados por el bioquímico)	Fecha	Valor	Fecha	Valor
Glucemia				
Urea				
Creatinina				
Triglicéridos				
Colesterol total				
HDL				
LDL				
TGO				
CPK				
Clearance de creatinina (DBT)				
Microalbuminuria/24 hs (DBT)				
HB A1C (DBT)				

LUGAR _____

Tel: _____

FECHA _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO _____

Mail: _____

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.