

RECETA DIABETES

VÁLIDO SOLO PARA MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON DIABETES-
COBERTURA 100%, SEGÚN RESOLUCIÓN 1156/14

FARMANEXUS

OBRA SOCIAL (SIGLAS)

N° S.S.S.

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO NOMBRE SEXO ☐ F ☐ M
DOC. TIPO NRO. FECHA DE NACIMIENTO
N° AFILIADO TELÉFONO
CALLE N° PISO DPTO. COD. POSTAL BARRIO
LOCALIDAD PROV. E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

APELLIDO NOMBRE
MATRÍCULA ESPECIALIDAD
INSTITUCIÓN
TELÉFONO TEL. CELULAR
E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA DEL REGISTRO

EDAD DEL DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

TIPO 1 ☐ TIPO 2 ☐ DISLIPIDEMIA SI ☐ NO ☐ OBESIDAD SI ☐ NO ☐ TABAQUISMO SI ☐ NO ☐

COMPLICACIONES

HIPERTROFIA VENTRICULAR SI ☐ NO ☐ INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SI ☐ NO ☐ ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR SI ☐ NO ☐
RETINOPATÍA SI ☐ NO ☐ CEGUERA SI ☐ NO ☐ VASCULOPATÍA PERIFÉRICA SI ☐ NO ☐
AMPUTACIÓN SI ☐ NO ☐ DIÁLISIS SI ☐ NO ☐ NEUROPATÍA PERIFÉRICA SI ☐ NO ☐
NEFROPATÍA SI ☐ NO ☐ TRANSP. RENAL SI ☐ NO ☐ INSUF. CARDÍACA SI ☐ NO ☐

ESTUDIOS

VALOR	FECHA	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA
GLUCEMIA EN AYUNAS		MICROALBUMINURIA		FONDO DE OJO	
HBA1C		TA SISTÓLICA		PESO	
LDLC		TA DIASTÓLICA		TALLA	
TRIGLICÉRIDOS		CREATININA SERICA		CIRC. ABDOMINAL	

TRATAMIENTO

AUTOMONITOREO GLUCÉMICO SI ☐ NO ☐ ACTIVIDAD FÍSICA SI ☐ NO ☐ CUMPLE ADECUADAMENTE TRAT. SI ☐ NO ☐
FARMACOS ANTIHIPERTENSIVO SI ☐ NO ☐ FARMACOS HIPOLIPEMIANTE SI ☐ NO ☐ ACIDO ACETIL SALICILICO SI ☐ NO ☐
HIPOGLUCEMIANTES ORALES SI ☐ NO ☐

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES
HIPOGLUCEMIANTE	METMORFINA ☐		500mg. ☐ 750mg. ☐ 850mg. ☐ 1000mg. ☐	mg.	
HIPOGLUCEMIANTE	GLIMEPIRIDE ☐		2mg. ☐ 4mg. ☐	mg.	
HIPOGLUCEMIANTE	GLIPIZIDA ☐		5 mg. ☐	mg.	
HIPOGLUCEMIANTE	GLICLAZIDA ☐		30mg. ☐ 60mg. ☐	mg.	
HIPOGLUCEMIANTE	VILDAGLIPTINA ☐		50mg. ☐	mg.	
HIPOGLUCEMIANTE	SITAGLIPTINA ☐		25mg. ☐ 50mg. ☐ 100mg. ☐	mg.	
INSULINAS	CTE ☐ LISPR ☐ ASPAR ☐ GLUL ☐			U.I.	
INSULINAS	NPH ☐ DETEM ☐ GLARG ☐ DEGL ☐			U.I.	
INSULINAS	NPH + CTE ☐ ASP.BIF ☐ LISPMIX ☐			U.I.	
ACCESORIOS	TIRAS REACTIVAS ☐		25 u. ☐ 50 u. ☐	d/a	
ACCESORIOS	AGUJAS DESCARTABLES ☐		100 u. ☐	d/a	
ACCESORIOS	LANCETAS DESCARTABLES ☐		24 u. ☐ 102 u. ☐	d/a	
OTROS					

NOTA: Prescripción: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración". (Ley 25649, art. segundo).

FIRMA DEL BENEFICIARIO/A

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL MÉDICO

UNA EMPRESA DE
GRUPO PROYECTA
UN PASO ADELANTE EN SALUD

GO.PD.FO.31 v4 19/03/2019