

# FORMULARIO EMPADRONAMIENTO

PARA PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES

El presente formulario esta diseñado para que el médico tratante registre la patología crónica prevalente y la prescripción de medicamentos correspondientes a la misma, a fin de que el paciente pueda acceder a la cobertura según Res. 310 y modificaciones.

**Los medios para enviar formularios son:** por correo electrónico a [recepcion@farmanexus.com.ar](mailto:recepcion@farmanexus.com.ar) / Por **Whatsapp 1132981473**

Para evacuar cualquier consulta comuníquese al **011 50313700 / 0810-345-3276** . En horario de **8 a 19 hs** los días hábiles.

**Señor profesional:** Ponemos a su disposición nuestra página web, ([www.farmanexus.com.ar](http://www.farmanexus.com.ar)) donde podrá encontrar los protocolos en uso, e información útil a los fines de cumplimentar las normas de uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.

## DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN

**OBRA SOCIAL (SIGLAS)**

## DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO  NOMBRE  SEXO  F  M

DOC. TIPO  NRO.  FECHA DE NACIMIENTO

Nº AFILIADO  TELÉFONO

CALLE  Nº  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

CALLE  Nº  PISO  DPTO.  COD. POSTAL

TELÉFONO  TEL. CELULAR

E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)

## DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y GENERALES

EDAD  AÑOS TALLA  CM. PESO  CM. PRESION ARTERIAL HABITUAL  MÍNIMA  MÁXIMA  MM./HG

TABAQUISMO ACTIVO  SI  NO

## AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PRINCIPAL

RECIENTE COMIENZO  MENOS DE 5 AÑOS  6 A 10 AÑOS

11 A 20 AÑOS  MÁS DE 20 AÑOS

## DATOS PARA INSCRIPCIÓN POR PATOLOGÍA

### 1. EPILEPSIA

DOC. TIPO  NRO.

CARACTERIZACIÓN DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS

- I. CRISIS PARCIALES  A. CRISIS PARCIALES SIMPLES  B. CRISIS PARCIALES COMPLEJAS  B. CRISIS PARCIALES CON GENERALIZACIÓN SECUNDARIA
- II. CRISIS GENERALIZADAS  A. AUSENCIAS  B. MIOCLÓNICAS  C. CLÓNICAS  D. TÓNICAS  E. TÓNICO CRÓNICAS  F. ATÓNICAS
- III. CRISIS NO CLASIFICABLES / AMPLIACIÓN (ACLARE FECHA DE COMIENZO Y SITUACIÓN ACTUAL)

### 2. ENFERMEDAD DE PARKINSON

ESCALA DE WEBSTER PUNTUACIÓN TOTAL  PUNTOS

1 A 10 PUNTOS: ENFERMEDAD DE PARKINSON LEVE  
11 A 20 PUNTOS: ENFERMEDAD DE PARKINSON MEDIA  
21 A 30 PUNTOS: ENFERMEDAD DE PARKINSON GRAVE

EXAMEN NEUROLÓGICO (DATOS POSITIVOS) .....

OBSERVACIONES QUE JUSTIFICAN LA MEDICACIÓN SOLICITADA .....

### 3. NEUROLÉPTICOS Y OTROS S.N.C

DIAGNÓSTICO PRINC. ....

PSICOP. ASOCIADAS .....

OBSERVACIONES QUE JUSTIFICAN LA MEDICACIÓN SOLICITADA .....

### 4. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

#### A. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

PRE HTA  ESTADIO 1  ESTADIO 2  ANTECEDENTES DE:  
EAP HIPERTENSIVO  ACV  CRISIS HIPERTENSIVA

PATOLOGÍAS CONCOMITANTES: .....

#### B. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

ANGINA ESTABLE  GRADO I  GRADO II  GRADO III  ANGINA INESTABLE  PROGRESIVA  REC. COMIENZO  POST IAM

#### C. INSUFICIENCIA CARDÍACA

MIO DILATADA  MIO HIPERTRÓFICA  HIPERTENSIVA  VALVULAR  IDIOPÁTICA  CLASE FUNCIONAL

#### D. ARRITMIAS CARDÍACAS

SUPRAVENTRIC.  TPS  F. AURICULAR  RITMO AURICULAR  VENTRICULAR  EV  POLITÓPICAS   
DUPLAS  COLGAJOS  TV  OTRAS

DOC. TIPO    NRO.

### 5. DISLIPIDEMIAS

HIPERCOLESTEROLEMIA  PRIMARIA  SECUNDARIA   
HIPERTRIGLICERIDEMIA  MIXTA

COLESTEROLEMIA  mg/100

TRIGLICERIDEMIA  mg/100

COLESTEROL LDL  HDL

PATOLOGÍAS CONCOMITANTES .....

### 6. OBESIDAD

PESO  TALLA  IMC

PATOLOGÍAS CONCOMITANTES .....

### 7. PATOLOGÍA TIROIDEA

DIAGNÓSTICO

VALORES HORMONALES TSH  T4  T4 LIBRE

SINTOMAS QUE JUSTIFICAN EL TRATAMIENTO: .....

### 8. PATOLOGÍA RESPIRATORIA

DIAGNÓSTICO ASMA  EPOC   
ESTADIFICACIÓN LEVE INTERMIT.  (G.O.L.) EST 0   
LEVE PERS.  EST 1   
MODER PERS.  EST 2   
SEVERA PERS.  EST 3 EST 4

PRUEBAS FUNCIONALES

VEF 1 ESPERADO	<input type="text"/>
VEF 1 MEDIDO	<input type="text"/>
PICO FLUJO ESPER	<input type="text"/>
PICO FLUJO MEDIDO	<input type="text"/>
% DE MEJORA CON B.D	<input type="text"/>
CAP VITAL	<input type="text"/>
FEF 25 - 75	<input type="text"/>

ESPIROMETRÍA: .....

DATOS RX TORAX: .....

### 9. HIPERURICEMIA

#### HIPERUCEMIA GOTA

PRIMARIA  SECUNDARIA  TOFOS  URICEMIA SIN TRATAMIENTO  mg % URICEMIA CON TRATAMIENTO  mg %

DOC. TIPO    NRO.

**10. ARTRITIS REUMATOIDEA- LUPUS**

**DIAGNÓSTICO:** ARTR. REUM  L.E.S  OTRO  N° DE ARTICUL AFECT.    
**ESTADIO:** AR. LEVE  AR. MODER  AR. SEVERA   
 VSG  PROT C REACTIVA  F.A.N  FACT. REUMATOID  NEFROPATÍA LÚPICA

JUSTIFICACIÓN DE LA MEDICACIÓN SOLICITADA .....

**11. GLAUCOMA**

OD  OI  AMBOS  ANGULO ESTRECHO  ABIERTO  CIRUGIA PREVIA   
 PATOLOGÍAS OCULARES ASOCIADAS: .....

**12. ANTICOAGULACIÓN - ANTIAGREGACIÓN CRÓNICA**

**INDICACIÓN - PATOLOGÍA BASE:** TEPA  PROT VALV  ANGINA INESTABLE  OTRA   
 DIAGNÓSTICO Y DATOS QUE JUSTIFICAN EL TRATAMIENTO SOLICITADO: .....

**13. ENFERMEDAD INFLAMAT. INTESTINAL**

(Adjuntar fotocopia de informe anatomopatológico)

**COLITIS ULCEROSA**  
 CLASIFICACIÓN LEVE  MODERADA  SEVERA   
 ENDOSCOPIA: .....

**OTRO DIAGNÓSTICO:** .....

JUSTIFICACIÓN DE LA MEDICACIÓN SOLICITADA: .....

**14. OTRA PATOLOGIA PREVISTA COMO COBERTURA CRÓNICA**

**DIAGNÓSTICO:** .....

DATOS QUE JUSTIFICAN EL TRATAMIENTO SOLICITADO: .....

	MONODROGA POR DCI	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES
TRATAMIENTO SOLICITADO					
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO .....		FECHA: .....			

1. **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)