

# PROTOCOLO DE DIABETES

Año: ..... Trimestre calendario: ..... Fecha: ...../...../..... Hoja 1/2

## Datos personales

Apellido y Nombre: .....

Nº de beneficiario: ..... Tipo y Nº de DNI: .....

Domicilio: ..... Tel.: .....

Localidad - Provincia: .....

Fecha de nacimiento: ...../...../..... Edad: ..... Sexo: .....

## Diagnóstico

DTM1  DTM2  Gestacional  Otros

Fecha diagnóstico DTM ...../...../..... Edad al diagnóstico ..... Obs: .....

## Comorbilidades

HTA  Obesidad  Dislipemia  Tabaquismo

Fecha diagnóstico ...../...../..... ...../...../..... ...../...../..... ...../...../.....

## Exámen Físico

Peso  Altura  Circunf. Abdominal  IMC

Fecha de realización ...../...../..... ...../...../..... ...../...../..... ...../...../.....

## Complicaciones (completar sólo las respuestas afirmativas con fecha)

Cardiovasculares	Fecha	Renales	Fecha	Otras	Fecha
Hipert. Ventrículo Izq.	...../...../.....	Insuf. Renal Crónica	...../...../.....	Neuropatías	...../...../.....
Infarto Agudo Miocárdio	...../...../.....	Nefropatía	...../...../.....	Úlcera de Pie	...../...../.....
Stent	...../...../.....	Diálisis	...../...../.....	Pie diabético	...../...../.....
Cirug. Revas. Miocárdica	...../...../.....	TX Renal	...../...../.....	Amputaciones	...../...../.....
Insuficiencia Cardíaca	...../...../.....			Hipogluemias	...../...../.....
Acc. Isquémico Transitorio	...../...../.....	Oftalmológicas	Fecha		...../...../.....
ACV	...../...../.....	Retinopatía	...../...../.....		...../...../.....
Vasculopatía	...../...../.....	Ceguera	...../...../.....		...../...../.....

Cardiovasculares	Fecha	Valor	Unidades	Observaciones
Glucemia en ayunas	...../...../.....			
HbA 1C	...../...../.....			
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja	...../...../.....			
Triglicéridos	...../...../.....			
Microalbuminuria	...../...../.....			
Creatinina Sérica	...../...../.....			
Clearence de Creatinina	...../...../.....			
TA sistólica / TA diastólica	...../...../.....			
	...../...../.....			
	...../...../.....			

Estudios Complementarios	Fecha
Fondo de ojo <input type="checkbox"/> Sin RD <input type="checkbox"/> RDNP <input type="checkbox"/> RDP	...../...../.....
Sin RD: sin retinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDNP: retinopatía diabética proliferativa	...../...../.....
Exámen de pie <input type="checkbox"/> Realizado (S/N) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	...../...../.....

Firma y Sello Médico Tratante

Firma y Sello Auditor Médico

# PROTOCOLO DE DIABETES

Año: ..... Trimestre calendario: ..... Fecha: ...../...../..... Hoja 2/2

## Tratamiento / Prescripción

Monodroga		Origen		Dosis Diaria	Año Inicio	Presentación / Nombre comercial	
Insulina	Corriente	Humana		U.I		Cartuchos x 3 ml	
						Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulina	N.P.H.	Humana		U.I		Cartuchos x 3 ml	
						Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulinas Análogas				U.I		Cartuchos x 3 ml	
•Acción Prolongada				U.I		Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulinas Análogas							
•Rápidas				U.I			
Hipogluc. Orales	Metformina			Mg			
	Pioglitazona			Mg			
	Gliclazida			Mg			
	Glimepiride			Mg			
	Vildagliptina			Mg			
	Sitagliptina			Mg			
	Empaglifozina			Mg			
	Canaglifozina			Mg			
	Dapaglifozina			Mg			
	Glipizida			Mg			
Glucagon							
Tiras Reactivas				Tiras			
				Tiras			
Lancetas							
Sensor							

## Otros Tratamientos

Nombre Genérico Medicamento	Unidades x toma	Tomas x día	Tomas x semana	Dosis mensual
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				

Fundamentación médica del uso de la medicación indicada:

Estilo de vida	Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)
Automonitoreo (S/N) N° veces por día / semana:	Educación diabetológica? (S/N)
Actividad física (S/N)	Plan de alimentación saludable? (S/N)
En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N)	Cumple indicaciones dietarias? (S/N)

Médico tratante:  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Localidad - Provincia: \_\_\_\_\_

Firma y Sello Médico Tratante

Firma y Sello Auditor Médico



# INSTRUCTIVO DE DIABETES

## Estimado/a Afiliado/a:

Para acceder a la cobertura de medicamentos e insumos determinada por el Programa Nacional de Diabetes (Ley N° 23.753, sus modificatorias y Res. N° 2820/2022 Ministerio de Salud la Nación), deberá presentar ante la Auditoría Médica de Ospoce, lo siguiente.

## REQUISITOS PARA EL ALTA

1. Copia de informe de estudios de diagnóstico: Laboratorio completo, glucemia, HBA 1C, triglicéridos y LDL.
2. Consentimiento informado, firmado por el médico tratante y afiliado/a.
3. Protocolo de Diabetes, en original y completo sin excepción en todos los campos, por su médico especialista tratante, con fecha, firma y sello.
4. Copia de ordenes médicas.

### Importante:

Dicho protocolo tendrá una validez de 6 meses desde su autorización, por lo que deberá renovarlo antes de dicho plazo. Este requisito, permitirá renovar la autorización que lo habilita en farmacia (Art. 5 Res. N° 423/2018 M.S.).

## REQUISITOS PARA CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO Y/O AUMENTO DE DOSIS

1. Presentar los mismos REQUISITOS QUE PARA EL ALTA.
2. Breve resumen de médico especialista tratante que justifique el cambio.

**Una vez presentada la documentación solicitada, la Obra Social expenderá la medicación e insumos que sean autorizados, de manera mensual con las recetas correspondientes, a través de la farmacia asignada para tal fin.**

### **LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA CONFORMIDAD DE LO SOLICITADO. TRÁMITE SUJETO A AUDITORÍA MÉDICA.**

Resolución N° 423/2018 Programa Nacional de Prevención y control de personas con diabetes mellitus / Anexo I: Normas de Provisión de Medicamento e Insumos para Personas con Diabetes. / Medicamentos e insumos comprendidos.

#### MEDICAMENTOS / INSUMOS BÁSICOS

#### CANTIDAD DE REFERENCIA Y DESCRIPCIÓN DEL INSUMO

Comprende a aquellas personas en tratamiento con insulinas	Tratamiento no intensificado - Solo o combinado con antidiabéticos orales	Tratamiento Intensificado
Insulinas	Origen humano: regular NPH, lenta premezcla y ultralenta. Análogos de la insulina: a) rápidos: Lispro, Aspartica, Glulisina. b) de acción prolongada: Detemir / Glargina / Degludec c) Premezclas.	
Jeringas descartables para insulina	365 anuales	800 anuales
Agujas descartables uso subcutáneo	365 anuales	800 anuales
Lancetas descartables punción digital	365 anuales	730 anuales
Provisión de tiras reactivas automonitoreo glucémico	500 anuales	1500 anuales / 2100 anuales (situaciones especiales)(*)
Tiras reactivas acetona en sangre y orina	50 anuales	100 anuales
Tiras reactivas glucosa en orina	50 anuales	100 anuales
Bomba de infusión continua para insulina y sus insumos descartables(**)	Según prescripción médica especializada	
Glucagón	1 mg. - 1 por año	
Comprende a aquellas personas en tratamiento con antidiabéticos orales: Biguanidas y Sulfonilureas, IDPP4.	Metformina - Pioglitazona iDPP4: Vildagliptina - Sitagliptina iSGLT2: Empaglifozina, Canaglifozina, Dapaglifozina	Sulfonilureas: Glipizida - Glimepirida - Gliclazida.
Provisión de tiras reactivas para glucosa en sangre	50 anuales	100 anuales
Lancetas descartables para punción digital	50 anuales	100 anuales
Reflectómetro para la lectura de las tiras reactivas para glucosa en sangre	1 cada 2 años. Todas las personas con diabetes	

(\*) Situaciones Especiales: deberán acreditarse presentado resumen de historia clínica, laboratorio completo y registro semanal de glucemias.

(\*\*) En caso de indicación de bomba de infusión continua para insulina, por favor contactarse con Auditoría Médica para solicitar el instructivo donde se detalla la documentación a presentar.

FECHA: ...../...../..... DNI: .....

FIRMA Y ACLARACIÓN BENEFICIARIO: .....