

PROTOCOLO DE DIABETES

VIGENCIA **OCTUBRE 2025**

Fecha:/...../..... Hoja 1/2

Datos personales

Apellido y Nombre: DNI:
Domicilio:
Localidad: Provincia:
Mail: Tel.:
Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Género:

Diagnóstico

☐ Tipo I ☐ Tipo II ☐ Gestacional ☐ Otros tipos:
Fecha diagnóstico/...../..... Edad al diagnóstico

Comorbilidades

☐ Dislipemia ☐ Hipertensión Arterial ☐ No presenta comorbilidad
☐ Obesidad ☐ Tabaquismo

Complicaciones

☐ Hipertrofia del Ventrículo izquierdo	☐ Vasculopatía periférica
☐ Infarto de Miocardio (IAM)	☐ Amputación de miembros
☐ Insuficiencia cardíaca	☐ Nefropatía
☐ Accidente cerebrovascular (ACV)	☐ Diálisis
☐ Retinopatía: ☐ Sin RD ☐ RDNP ☐ RDP	☐ Trasplante Renal
☐ Ceguera	☐ Hipoglucemia: ☐ Leve ☐ Severa
☐ Neuropatía periférica	☐ No presenta ninguna de las anteriores
☐ Macrovasculares	

Control del paciente

Peso Talla IMC Circunferencia de cintura
Glucemia (mg/dl) fecha/...../..... Triglicéridos (mg/dl)
Hemoglobina glicosilada (%) Creatinina
LDL (mg/dl) Tensión Arterial/.....
Relación albúmina / Creatinina en orina matinal ☐ Realizado ☐ No realizado
Fondo de ojos ☐ Normal ☐ Alterado ☐ No realizado
Inspección de pies ☐ Normal ☐ Alterado ☐ No realizado
Sensación protectora: ☐ Presente ☐ Ausente

Tratamiento de comorbilidades

☐ No recibe tratamientos
☐ Tratamiento hipolipemiante (estatinas u otro)
☐ Tratamiento antihipertensivo
☐ Antiagregación (ácido salicílico u otros)

Datos referidos al tratamiento

☐ SÍ / ☐ NO Plan de alimentación saludable ☐ SÍ / ☐ NO Actividad física ☐ SÍ / ☐ NO Educación diabetológica

Firma y Sello Médico Tratante

Firma y Sello Auditor Médico



PROTOCOLO DE DIABETES

Tratamiento indicado

Monodroga	Potencia	Dosis diaria	Frecuencia	Fecha de Inicio
Metformina				
Pioglitazona				
Gliclazida				
Glimepiride				
Vildagliptina				
Sitagliptina				
Empagliflozina				
Canagliflozina				
Dapagliflozina				
Glipizida				

Insulinas	Potencia (Ui/ml)	Dosis diaria (Ui)
Acción lenta o basal		
Acción intermedia		
Acción rápida		

Monodroga	Potencia	Dosis diaria	Frecuencia	Fecha de Inicio
Glucagón				

Insumos	Unidades	Frecuencia de uso
Tiras reactivas		
Agujas		
Lancetas		
Sensor Free Style		

Médico tratante:	
Mail:	Tel.:
MN:	MP:

Firma y Sello Médico Tratante

Firma y Sello Auditor Médico



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:/..... /.....

Nombre completo del paciente o Sigla

.....

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

.....

DNI

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIÁGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MEDICACIÓN

.....

.....

.....

.....

.....

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día de de, en la Ciudad de, Provincia de

Firma del Médico Responsable	Aclaración	Tipo y N° de Matrícula
Firma del Paciente o Representante Legal	Aclaración / Sigla	D.N.I



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° 2091/2025 Ministerio de Salud de la Nación), deberá presentar ante la Auditoría Médica de Ospoce, lo siguiente.

REQUISITOS PARA EL ALTA

- 1. Protocolo de Diabetes completo por médico especialista (diabetólogo, endocrinólogo o especialista en nutrición) **sin excepción en todos los campos**, firmado y sellado.
- 2. Copia de informe de estudios de diagnóstico: laboratorio completo, glucemia, HBA1C, triglicéridos y LDL.
- 3. Consentimiento informado, firmado por el médico tratante y paciente.
- 4. Copia de órdenes médicas.
- 5. En caso de indicación de uso de sensores Freestyle, deberá comunicarlo vía mail para que le sean informados los requerimientos complementarios para dicho insumo. Topes según resolución vigente.

REQUISITOS PARA CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO O AUMENTO DE DOSIS

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

Importante:

La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.

Trámite sujeto a auditoría médica. Al evaluarlo, el médico auditor podrá considerar necesario aportar información adicional, lo cual será notificado al mail declarado.

Una vez aprobado el tratamiento, la Obra Social expenderá la medicación e insumos autorizados, de manera mensual con las recetas correspondientes, a través de la red de farmacias destinadas a tal fin.

La validez de lo presentado es de carácter anual, por lo que deberá renovarlo antes de transcurrido dicho plazo a fin de garantizar el acceso a las prestaciones.

Resolución N° 2091/2025 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) rapidos: Lispro, Aspartica, Glulisina. b) de accion prolongada: 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	100 anuales	
Glucagón		1 mg. - 1 por año
Comprende a aquellas personas en tratamiento con antidiabeticos 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: deberan acreditarse presentado resumen de historia clínica, laboratorio completo y registro semanal de glucemias.		

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

FIRMA Y ACLARACIÓN BENEFICIARIO: