

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

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 ☐ ACV ☐ Vasculopatía periférica Neuropatía: ☐ Periférica ☐ Autonómica

☐ Nefropatía ☐ Pie diabético ☐ Retinopatía

☐ Endocrinopatía ☐ Hipertiroidismo ☐ Hipotiroidismo

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 _____ FECHA _____ FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA _____

Tel: _____ Mail: _____

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