



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA

PROGRAMA DIABETES MELLITUS

O.S.P.S.A.:

Recomendamos que para poder realizar las entregas de pedidos en tiempo y forma, se deber{an completar los datos requeridos en forma clara y legible.

Sr./Sra. Afiliado/a - Completar todos los datos.

Apellidos:.....

Nombres:.....

N° de CUIL:.....

Domicilio:.....

Entre calle:.....y.....

B°:.....

Localidad:.....Cod.Postal:.....Pcia:.....

Teléfono: cód. de área:.....N°:.....

Celular: cód. de área:.....N°:.....

Establecimiento Laboral:.....

N° de CUIT:.....Teléfono:.....

Domicilio:.....

Localidad:.....Pcia:.....

Familiar o alguna persona que pueda recibir mensajes
(Si así quisiera indicarlo)

Apellido y nombres:.....

Teléfono:.....Celular:.....



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

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº DE BENEFICIARIO: CUIL PROPIO: DNI:

DOMICILIO: TE:

LOCALIDAD - PROVINCIA:

FECHA DE NACIMIENTO: Edad: SEXO: F / M

DIAGNOSTICO: DTM1 DTM2 GESTACIONAL OTROS
Fecha diagnóstico DTM Edad al diagnóstico Obs:

COMORBILIDADES: HTA OBESIDAD DISLIPEMIA TABAQUISMO
Fecha diagnóstico:

EXAMEN FISICO: PESO ALTURA CIRCUNF. ABDOMINAL IMC
Fecha de realización

COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)

CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS	Fecha
Hipert. Ventriculo Izq.		Insuf. Renal Crónica		NEUROPATIAS	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ULCERA DE PIE	
Stent		Diálisis		PIE DIABETICO	
Cirug. Revas. Miocárdica		TX Renal		AMPUTACIONES	
Insuficiencia Cardíaca				HIPOGLUCEMIAS	
Acc. Isquémico Transitorio					
ACV					
Vasculopatía Periférica					

CONTROLES	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas				
HbA1C				
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 RDP: retinopatía diabética proliferativa	
Exámen de pie <input type="checkbox"/> Realizado (S/N) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO



Año:

Trimestre calendario:

Fecha: ___ / ___ / ___

Hoja 2/2

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº DE BENEFICIARIO:

CUIL PROPIO:

DNI:

TRATAMIENTO / PRESCRIPCION

MONODROGA	ORIGEN		DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION / 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 Análogos - Acción Prolongada			U.I		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulinas Análogos - Rápidas			U.I		
Hipogluc. Orales	METFORMINA		Mg		
	PIOGLITAZONA		Mg		
	GLICLAZIDA		Mg		
	GLIMEPIRIDE		Mg		
	VILDAGLIPTINA		Mg		
	SITAGLIPTINA		Mg		
			Mg		
			Mg		
GLUCAGON					
TIRAS REACTIVAS			tiras		
			tiras		
OTROS					
OTROS					

OTROS TRATAMIENTOS

NOMBRE GENERICO MEDICAMENTO	UNIDADES X TOMA	TOMAS X DIA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

FUNDAMENTACION MEDICA DEL USO DE LA MEDICACION INDICADA:

ESTILO DE VIDA

Automonitoreo (S/N) Nº veces por día / semana:	Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)
Actividad Física (S/N)	Educación diabetológica? (S/N)
En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N)	Plan de alimentación saludable? (S/N)
	Cumple indicaciones dietarias? (S/N)

MEDICO TRATANTE:

DOMICILIO:

TE:

LOCALIDAD - PROVINCIA:

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO

INSTRUCTIVO DIABETES

- La planilla debe ser completada por Endocrinólogo, Diabetólogo o Médico General.
- Debe ser renovada cada tres meses.
- El trámite requiere alrededor de tres (3) semanas de demora, por lo que se ruega tener en cuenta los tiempos cubiertos por la medicación.
- La cobertura corresponde al 100%.
- Inicio de tratamiento: Anexo a la planilla debe presentarse estudio de laboratorio donde se diagnostique la enfermedad.
- Renovación: En caso de existir un cambio de esquema, se debe presentar estudios que respalden dicha modificación.



Administrador de OSPSA La Plata

Pedro F. Borgini

Sec. General

