

Novedades en Diabetes Mellitus

Notificación a pacientes.

Estimados pacientes:

Nos comunicamos con Uds. para recordarle, que coincidiendo con la presentación del formulario de empadronamiento semestral derivado de las directivas del Ministerio de Salud de la Nación (Resolución: 948/2019), deberá presentar, por única vez, el formulario en el cual se recategoriza su tipo de diabetes, si es que no lo ha hecho aun.

En este procedimiento, que se inició el 1° de enero de 2019, todos los afiliados con DBT Mellitus deberán reempadronarse y recategorizarse antes del 30 de septiembre de 2019.

Le solicitamos que acuda a su médico tratante (especialista) a fin de completar el formulario correspondiente, el cual podrá ser descargado de la pagina Web de UP/ Accord Salud o retirado de las diferentes agencias o Centros de atención (CEMAC).

Una vez completo, firmado y sellado por el profesional, debe **presentar el formulario en la AGENCIA UP / ACCORD, más cercana a su domicilio.**

Le hacemos llegar nuestro cordial saludo agradeciendo su colaboración en este proceso.

Adjuntamos los formularios a completar por su médico

Empadronamiento de pacientes diabéticos Clasificación

Estimado Dr.:

A fin de un correcto enrolamiento en nuestro sistema, le pedimos que marque con una cruz, el tipo de Diabetes al cual pertenece su paciente - Éste deberá adjuntarse junto con el resto de la documentación.

E1	E2	E3	E4
----	----	----	----

Referencias:

E1) Son los pacientes infanto-juveniles o adultos que reciben INSULINA desde el inicio de su enfermedad puede ser en la infancia / adolescencia o adultez. Son los Diabéticos tipo 1, pero también se incluyen en esta categoría a los pacientes adultos diabéticos Tipo 2 que estando bajo tratamiento con hipoglucemiantes orales no importa cuales, reciban insulina en más de una dosis diaria y en general con 2 tipos diferentes de insulina, Ej.: NPH y Aspártica, o Glargina y Aspártica o Lispro, etc.

E2) Son los pacientes con Diabetes tipo 2 que reciben hipoglucemiantes orales solamente, no importa cuales ni cuanto al día, pero NO RECIBEN INSULINA.

E3) Son los pacientes incluidos en E2 pero que están recibiendo además una sola dosis diaria de INSULINA generalmente a la mañana o a la noche y suele ser NPH o Glargina en la mayoría de los casos.

E4) Son las Diabéticas gestacionales, o sea pacientes sanas previamente que al cursar el embarazo debutan con diabetes y generalmente en su mayoría revierten al finalizar el mismo.

Anexo III

PLANILLA DE REGISTRO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

DIABETES MELLITUS					
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO					
Año: <input type="text"/>	Trimestre calendario: <input type="checkbox"/>	Fecha: __/__/__	Hoja 1/2		
NOMBRE Y APELLIDO:					
Nº DE BENEFICIARIO:	DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO:		NRO.:		
DOMICILIO:			TE:		
LOCALIDAD - PROVINCIA:					
FECHA DE NACIMIENTO:	Edad:	SEXO: F / M	<input type="checkbox"/>		
DIAGNOSTICO:	DTM1 <input type="checkbox"/>	DTM2 <input type="checkbox"/>	GESTACIONAL <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	
Fecha diagnóstico DTM	<input type="text"/>	Edad al diagnóstico	<input type="text"/>	Obs: _____	
COMORBILIDADES:	HTA <input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>	DISLIPEMIA <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO <input type="checkbox"/>	
Fecha diagnóstico:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
EXAMEN FISICO:	PESO <input type="text"/>	ALTURA <input type="text"/>	CIRCUNF. ABDOMINAL <input type="text"/>	IMC <input type="text"/>	
Fecha de realización	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)					
CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS	Fecha
Hipert. Ventrículo 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		OFTALMOLOGICAS	Fecha		
ACV		Retinopatía			
Vasculopatía Periférica		Ceguera			
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		

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

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

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 Análogas - Acción Prolongada			U.I		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulinas Análogas - 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) N° 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