



# Formulario para Prescripción de Medicamentos Plan Dabess NOA

N° de Afiliado: .....

Apellido y Nombre: .....

**DIABETES TIPO:**

1  2(Sin insulina)  2(Con insulina)  Gestacional  Otro.....

<b>COBERTURA IOSEP</b>	<b>INSULINA</b>	<b>BASAL</b> INSULATARD <input type="checkbox"/> LANTUS <input type="checkbox"/> LEVEMIR <input type="checkbox"/> NOVOMIX 30 <input type="checkbox"/> OPTISULIN <input type="checkbox"/> Dosis Día:..... Dosis Mes.....
	SI <input type="checkbox"/>	
	NO <input type="checkbox"/>	<b>BOLOS</b> NOVORAPID <input type="checkbox"/> APIDRA <input type="checkbox"/> HUMALOG <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> Dosis Día:..... Dosis Mes.....
	<b>HIPOG. ORALES</b>	METFORMINA 500 <input type="checkbox"/> METFORMINA 850 <input type="checkbox"/> METFORMINA 1 Gr. <input type="checkbox"/> GLIBENCLAMIDA <input type="checkbox"/> GLIMEPIRIDA 4 <input type="checkbox"/> GLIMEPIRIDA 8 <input type="checkbox"/> PIOGLITAZONA <input type="checkbox"/> GLICAZIDA <input type="checkbox"/> GLIPIZIDA <input type="checkbox"/> SAXAGLIPTINA <input type="checkbox"/> VILDAGLIPTINA <input type="checkbox"/> SITAGLIPTINA <input type="checkbox"/> LINAGLIPTINA <input type="checkbox"/> Dosis Día:..... Dosis Mes.....
	SI <input type="checkbox"/>	
	NO <input type="checkbox"/>	
	<b>GLUCEMIA</b>	GLUCOSA 15Gr. <input type="checkbox"/>
	<b>AUTOMONITOREO</b>	TIRAS REACTIVAS MENSUALES: 25 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	<b>DISPLIDEMIAS</b>	ATORVASTATINA <input type="checkbox"/> ROSUVASTATIN <input type="checkbox"/> EZETIMIBE <input type="checkbox"/> SIMVASTATIN <input type="checkbox"/> FENOFIBRATO <input type="checkbox"/> GEMFIBROZIL <input type="checkbox"/> OTRA:..... Dosis Día:..... Dosis Mes.....
	SI <input type="checkbox"/>	
	NO <input type="checkbox"/>	
	<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>	ENALAPRIL <input type="checkbox"/> LOSARTAN <input type="checkbox"/> CARVEDILOL <input type="checkbox"/> AMLODIPINA <input type="checkbox"/> VALSARTAN <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> Dosis Día:.....
	SI <input type="checkbox"/>	
	NO <input type="checkbox"/>	

Otros medicamentos: .....

**HISTORIA CLÍNICA Y FUNDAMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO:**

.....

.....

.....

Fecha...../...../.....

.....  
Firma y Sello del Médico de Cabecera

.....  
Validación Centro Calidad de Vida