JERÁRQUICOS

PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS

N° de Expediente: _____

Diabetes Gestacional: solicitud de cobertura

Insulinas / descartables

Para el Profesional:
Esta ficha está destinada a la evaluación y seguimiento de la paciente con Diabetes Gestacional.
Los datos que aquí se detallen deberán reflejar la evolución de la patología.
El formulario debe estar completo en su totalidad con la misma letra y tinta, a fin de evitar reclamos de documentación.

Para la socia:
Este formulario completo deberá ser enviado a nuestra Administración por alguno de los canales de contacto (App Jerárquicos Móvil / Sitio exclusivo: Mi JS). Auditoría Médica lo evaluará y, en caso de corresponder, se dará curso a la autorización del pedido. Una vez aprobada, la cobertura de Diabetes Gestacional tendrá vigencia hasta la fecha de finalización de tu Programa Materno.

Importante: Además de este formulario completo, deberás remitir tu Informe de laboratorio diagnóstico.

DATOS DEL SOCIO

Nombre y Apellido: ..... Edad: ..... D.N.I.: ..... N° de Socia: ..... E-mail: .....

FACTORES DE RIESGO

ANTECEDENTES	SÍ	NO
Antecedentes familiares de 1° grado con Diabetes (madre/padre)		
IMC >= a 25 (El IMC es el cálculo del peso dividido la talla al cuadrado)		
Diabetes gestacional en embarazo previo		
Antecedentes de pérdida de embarazos previos		
Antecedentes de embarazos previos con malformaciones		
Parto anterior con nacimiento de un niño/a mayor a 4kg.		
Parto anterior con nacimiento de un niño/a menor a 2.7kg.		
Antecedentes de ovarios poliquísticos		
Antecedentes de Insulinoresitencia		

REV. 1 - OCTUBRE 2022

PRESCRIPCIÓN

Fecha de prescripción: ..... Fecha de diagnóstico: .....

GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL (SUGERIDO)	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN	DOSIS DIARIA (EN MG)	DÍAS DE TRATAMIENTO

OBSERVACIONES/ HISTORIA CLÍNICA / JUSTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido: Matrícula: Especialidad:

Teléfono: E-mail: Domicilio: Localidad:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

REV. 1 - OCTUBRE 2022