GESTIÓN POR PATOLOGÍAS - DDJJ

Datos personales del paciente:

Apellido y nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Número de afiliado: _____

Datos del médico tratante

Apellido y nombre: _____ Teléfono de contacto: _____

M.N / M.P: _____ Número de matrícula: _____ Provincia: _____

Número de prestador OSDE: _____ De no ser prestador de cartilla, indicar institución _____

Cardiología *Se debe presentar documentación detallada.*
Fecha de inicio del tratamiento:

- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Insuficiencia cardíaca (informe de EcoCG)
- ☐ Arritmia ventricular (informe de ECG)
- ☐ Arritmia supraventricular (informe de ECG.)
- ☐ Cardiopatía estructural (informe de AngioTAC o de EcoCG)
- ☐ Cardiopatía isquémica (informe de Ergometría o Angio TAC o CCG o SPECT o Eco Stress)
- ☐ Tromboembolismo pulmonar (informe de AngioTAC)
- ☐ Trombosis periférica (informe de ECO)

Neurología *Se debe presentar documentación detallada.*
Fecha de inicio del tratamiento:

- ☐ Parkinson
- ☐ Epilepsia refractaria (RHC + informe de EEG)
- ☐ Esclerosis múltiple (informe de RNM + informe de LCR + bandas oligoclonales)
- ☐ Epilepsia (informe de EEG)

Salud Mental
Fecha de inicio del tratamiento:

- ☐ Trastornos afectivos
- ☐ Demencia
- ☐ Trastornos de la ansiedad
- ☐ Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- ☐ Trastorno generalizado del desarrollo

Hematología *Se debe presentar documentación detallada o laboratorio con resultado de referencia.*
Fecha de inicio del tratamiento:

☐ Anemia megaloblástica:
Dosaje de vitamina B12: resultado ____ (menos a 200 pg/ml)
Hemograma: VCM volúmen corpuscular medio: resultado ____ fl (mayor a 99 fl)

☐ Alteración del metabolismo del hierro (estudio genético)

Metabolismo *Se debe presentar laboratorio con dicho resultado.*
Fecha de inicio del tratamiento:

☐ Dislipemia
Colesterol total: _____ mg/dl HDL: _____ mg/dl Triglicéridos: _____ mg/dl
solamente se empadronará en dislipemia si alguno de los tres valores está alterado colesterol total > 240 mg/dl, HDL < 40 mg/dl o triglicéridos > 500 mg/dl.

☐ Gota
Ácido úrico: resultado: _____ mg/mL (mayor que 6.8 mg/dL)

☐ Hiperuricemia
Ácido úrico: resultado _____ mg/mL (mayor que 6.8 mg/mL)

☐ Obesidad grado I:
IMC: resultado ____ cm/kg (entre 30 y 35)

☐ Obesidad grado II y III
IMC: resultado ____ cm/kg (mayor que 35)

☐ Homocistinuria (RHC + aminoácidos en sangre/orina)

Endocrinología *Se debe presentar laboratorio con dicho resultado.*
Fecha de inicio del tratamiento:

☐ Hipertiroidismo
TSH: resultado —— mUI/l (menor que 0.5 mUI/l)

☐ Hipotiroidismo
TSH: resultado—— mUI/l (mayor que 7 mUI/l)

Tiroidectomía ☐ Si ☐ No

Neumonología *Se debe presentar documentación detallada.*
Fecha de inicio del tratamiento:

☐ Asma (mayor a 9 años de edad: informe de Espirometría)

☐ Asma (menores de 9 años: Score de API)

☐ Asma refractaria (RHC con medic. biológica + informe espirometría)

☐ EPOC sin oxígeno (RHC + informe de TAC)

☐ EPOC oxígeno dependiente (RHC + informe TAC)

☐ Fibrosis quística (RHC + Test de sudor + estudio genético -si lo tiene-)

Oftalmología *Se debe presentar documentación detallada.*
Fecha de inicio del tratamiento:

- ☐ Glaucoma (informe de OCT)

Gastroenterología *Se debe presentar documentación detallada.*
Fecha de inicio del tratamiento:

- ☐ Celiaquía mayor a 16 años (biopsia de Marsh)
- ☐ Celiaquía menor a 16 años (resultado de serologías)
- ☐ Colitis Ulcerosa (VCC + informe de biopsia)
- ☐ Crohn (ÍleoVCC + informe de biopsia)
- ☐ Enf. inflamatoria indeterminada (VCC + informe de biopsia)

Reumatología *Se debe presentar documentación detallada.*
Fecha de inicio del tratamiento:

- ☐ Lupus (resultados de ANA + autoanticuerpos específicos)
- ☐ Artritis Reumatoidea (RHC + resultados de factor reumatoideo)
- ☐ Psoriasis cutánea / Psoriasis en Placa (RHC + escala PASI)
- ☐ Artritis Psoriásica (RHC + informe de RNM o RX o ECO de área articular comprometida)
- ☐ Espondilitis anquilosante (RHC + informe de RNM o Rx de sacroilíacas)
- ☐ Otras espondiloartropatías inflamatorias (RHC + informe de RNM o Rx de sacroilíacas)

_____
Firma y sello del médico tratante

Fecha: ___ / ___ / ___