

Estimado profesional: indique los datos de su paciente y a continuación la medicación e insumos correspondientes a los próximos 4 meses de tratamiento de diabetes. Recuerde que si se modifica el tratamiento, deberá actualizar la Ficha de Tratamiento Prolongado.

DATOS DEL SOCIO

 Nombre y apellido:

DNI:

N° de socio:

GENÉRICO – FORMA FARMACÉUTICA – CONCENTRACIÓN	DOSIS DIARIA	ENVASES POR CUATRIMESTRE

INSUMOS (MARCAR LA PRESENTACIÓN ELEGIDA)	DOSIS DIARIA	ENVASES POR CUATRIMESTRE
KIT MEDIDOR. TIRAS REACTIVAS Y LANCETAS		
ACCU-CHEK GUIDE – PRES: TIRAS REACTIVAS X25 <input type="checkbox"/> X50 <input type="checkbox"/>		
ACCU-CHEK FASTCLIX – PRES: LANCETAS X24 <input type="checkbox"/> X102 <input type="checkbox"/>		
ACCU-CHEK GUIDE KIT – PRES: MEDIDOR GLUCOSA X1		
ACCU-CHEK PERFORMA – PRES: TIRAS REACTIVAS X25 <input type="checkbox"/> X50 <input type="checkbox"/>		

AGUJAS PARA APLICACIÓN DE INSULINA HIPOGLUCEMIANTES INY.

AGUJAS NOVOFINE 30 G – PRES: AGUJAS X 100		
AGUJAS NOVOFINE 32 G TIP – PRES: AGUJAS X 100		
AGUJAS NOVOFINE 32 G – PRES: 4 MM AGUJAS X 100		
AGUJAS BD ULTRAFINE 5MM 31G – PRES: 31G X 5MM CAJA X 100		
AGUJAS BD ULTRAFINE 8MM 31G – PRES: 31G X 8MM CAJA X 100		
AGUJAS BD ULTRAFINE 4MM 32G – PRES: 32G X 4MM CAJA X 100		
AGUJAS BD ULTRAFINE 4MM 32G (EF) – PRES: 32G X 4MM CAJA X 100		
AGUJAS ACCU-FINE – PRES: 32G X 4MM AGUJAS X 100		
AGUJAS ACCU-FINE – PRES: 32G X 6MM AGUJAS X 100		

OTROS:

 DIAGNÓSTICO:

 _____ / / .-
LOCALIDAD Y FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

ESTE DOCUMENTO ES VÁLIDO PARA GESTIONAR SU MEDICACIÓN. NO ES NECESARIO PRESENTAR RECETAS ADICIONALES.