

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	DOSIS DIARIA	ENVASES POR CUATRIMESTRE
KIT MEDIDOR. TIRAS REACTIVAS Y LANCETAS		
ACCU-CHEK FASTCLIX – PRES: LANCETAS X 24 / 102		
ACCU-CHEK PERFORMA – PRES: TIRAS REACTIVAS X 25 / 50		
ACCU-CHEK GUIDE KIT – PRES: MEDIDOR GLUCOSA X 1		
ACCU-CHEK GUIDE – PRES: TIRAS REACTIVAS X 25 / 50		

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: 31G X 6MM AGUJAS 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