

**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 |
|--|--------------|--------------------------|
| <b>KIT MEDIDOR. TIRAS REACTIVAS Y LANCETAS</b>   |              |                          |
| 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.      | DOSIS DIARIA | ENVASES POR CUATRIMESTRE |
|---|--------------|--------------------------|
| 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: | DOSIS DIARIA | ENVASES POR CUATRIMESTRE |
|--------|--------------|--------------------------|
|        |              |                          |
|        |              |                          |

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ / / .-  
**LOCALIDAD Y FECHA**

 \_\_\_\_\_  
**FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL**

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