

|   |  |
|---|--|
|  <p><b>OSDOP</b><br/>OBRA SOCIAL DE DOCENTES PARTICULARES<br/>CÓDIGO DE ENTIDAD: 450</p> | <h2>Recordatorio<br/>Recetario Diabetes</h2> |
|---|--|

De acuerdo a lo comunicado oportunamente mediante la circular N° 851/15 B, les recordamos que **son válidos los siguientes recetarios** para la atención a pacientes diabéticos de OSDOP, indistintamente:

**OSDOP** SISTEMA DE MONITOREO PARA PACIENTES CON DIABETES PROVISIÓN TRIMESTRAL

A COMPLETAR

**DATOS DEL AFILIADO** Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre/s: \_\_\_\_\_ N° Afiliado: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL MÉDICO ASISTENTE**

Apellido y nombre/s: \_\_\_\_\_ Matrícula: MN \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ MP \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTOS**

|  |   |
|--|---|
| Automonitoreo Glucémico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO          | Hipoglucemiantes Orales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |
| Actividad Física (*) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO             | ¿Cumple Dieta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> NO                    |
| Cumple Adecuadamente Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ¿Qué tipo de tratamiento recibe? <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Ambos |
| Fármacos Hipertensivos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO           | ¿Controla la presión arterial? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  |
| Fármacos Hipoglucemiantes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO        | Diag. diabético <input type="checkbox"/> D611 <input type="checkbox"/> D612 <input type="checkbox"/> Otra                       |
| Ácido Acético Salicílico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO         |   |

\*A los efectos de este sistema de vigilancia se considera actividad física regular la práctica de al menos 150 minutos por semana de actividad aeróbica de intensidad moderada repartidos en al menos tres días con no más de 2 días consecutivos sin ejercicio (ADA 2012).

**INSULINA REQUERIDA**

| Insulina tipo (Indicar nombre genérico y comercial sugerido) | Dosis diaria estimada | Provisión mensual | Provisión trimestral |
|--|-----------------------|-------------------|----------------------|
|  |                       |                   |                      |

**TRATAMIENTO ORAL REQUERIDO**

| Medicación (Indicar nombre genérico y comercial sugerido) | Dosis diaria | Provisión mensual | Provisión trimestral |
|---|--------------|-------------------|----------------------|
|   |              |                   |                      |

**TIRAS REACTIVAS / LANCETAS / AGUJAS**

| Tiras reactivas | Cant. diaria estimada | Provisión mensual | Provisión trimestral |
|-----------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
|                 |                       |                   |                      |
| Lancetas        |                       |                   |                      |
| Agujas          |                       |                   |                      |

La Obra Social provee el kit medidor y tiras reactivas ACCU-CHECK PERFORMA y lancetas correspondientes al equipo provisto.

**OBSERVACIONES / EXTENSIÓN DE TIRAS / AUMENTO DE DOSIS / CAMBIO DE ESQUEMA TERAPÉUTICO**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_

**OSDOP** INFORME MÉDICO SEMESTRAL

**DATOS DEL AFILIADO**

Apellido y nombre/s: \_\_\_\_\_

Número de beneficiario: \_\_\_\_\_

**INSULINA REQUERIDA**

| Insulina tipo (Indicar nombre genérico y comercial sugerido) | Dosis diaria estimada | Provisión mensual | Provisión trimestral |
|--|-----------------------|-------------------|----------------------|
|  |                       |                   |                      |

**TRATAMIENTO ORAL REQUERIDO**

| Medicación (Indicar nombre genérico y comercial sugerido) | Dosis diaria | Provisión mensual | Provisión trimestral |
|---|--------------|-------------------|----------------------|
|   |              |                   |                      |

**TIRAS REACTIVAS / LANCETAS / AGUJAS**

| Tiras reactivas | Cant. diaria estimada | Provisión mensual | Provisión trimestral |
|-----------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
|                 |                       |                   |                      |
| Lancetas        |                       |                   |                      |
| Agujas          |                       |                   |                      |

La Obra Social provee el kit medidor y tiras reactivas ACCU-CHECK PERFORMA y lancetas correspondientes al equipo provisto.


**OBSERVACIONES / EXTENSIÓN DE TIRAS / AUMENTO DE DOSIS / CAMBIO DE ESQUEMA TERAPÉUTICO**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_

- ✓ **RECETARIO: Siempre REQUIERE AUTORIZACIÓN** mediante **Formulario F5**. Por lo tanto, estas recetas **NO se procesan electrónicamente**.
- La prescripción siempre debe ser original, aún en el caso de que el paciente descargue el recetario vía internet.
- ✓ **DESCUENTO:** el que se indique en el **casillero “%Cob”** del Formulario F5.
- ✓ **LÍMITES DE CANTIDADES:** el paciente retira en una única entrega la **provisión para 3 meses** según lo autorizado en el **Formulario F5**.
- ✓ **PLAZO DE VALIDEZ:** **30 días** desde la “Fecha de solicitud” indicada en el Formulario F5.

Sin otro particular, los saludamos atentamente.

ANTE CUALQUIER DUDA, COMUNÍQUESE CON NUESTRO SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE | LUNES A VIERNES | 8.30 A 18.30 HS


**COMPañÍA**  
de Servicios Farmacéuticos

RINCÓN 40 | 1081 | BUENOS AIRES | (011) 4136-9090 | FAX: (011) 4136-9001 [WWW.CSF.COM.AR](http://WWW.CSF.COM.AR) | [INFO@CSF.COM.AR](mailto:INFO@CSF.COM.AR)