

FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN DE ANÁLOGOS DE INSULINAS

FECHA DE SOLICITUD

--	--	--

LUGAR DE ATENCIÓN

MUNICIPIO

REGIÓN SANITARIA

NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO PRESCRIPTOR

MP

TELÉFONO DE CONTACTO

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRES

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	M		F	
--	---	--	---	--

EDAD

DNI

SEXO

FECHA DE NACIMIENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	M		H	
--	---	--	---	--

	MT		HT	
--	----	--	----	--

	T		O	
--	---	--	---	--

IDENTIDAD DE GENERO

DOMICILIO

TELÉFONO PERSONAL

FECHA DE DIAGNOSTICO

--	--	--

TRATAMIENTO PREVIO

INSULINA CORRIENTE

INSULINA NPH

METFORMINA

GLIBENCLAMIDA

MARQUE CON UNA CRUZ LOS CRITERIOS PARA SOLICITAR ANALOGOS

Dm1 con labilidad glucémica demostrada y registrada en HC,
sujeto a auditoria in situ ex-post.

LADA con labilidad glucémica demostrada y registrada en HC,
sujeto a auditoria in situ ex-post.

DBT GESTACIONAL con labilidad glucémica demostrada y registrada en HC,
sujeto a auditoria in situ ex-post.

TIPO DE ANALOGOS

ANALOGO GLARGINA (100 u/ml): _____ unidades por día

ANALOGO RAPIDO (100 U/ml): _____ unidades por día

OBSERVACIONES (Breve resumen de HC)

FIRMA Y SELLO