

FORMULARIO DISCAPACIDAD

FARMANEXUS

VALIDO SOLO PARA MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON DISCAPACIDAD - COBERTURA 100%

OBRA SOCIAL (SIGLAS) _____ N° S.S.S. _____

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEXO M F

DOC. - TIPO _____ NRO. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

N° AFILIADO _____ TELEFONO _____

CALLE _____ N° _____ PISO _____ DPTO. _____ COD. POSTAL _____

BARRIO _____ LOCALIDAD _____ PROV. _____

E-MAIL (CORREO ELECTRONICO) _____

DATOS DEL MEDICO

APELLIDO _____ NOMBRE _____

MATRICULA _____ ESPECIALIDAD _____ TEL. _____

INSTITUCION _____

TIPO DE ENFERMEDAD CAUSAL	CONGENITA <input type="checkbox"/>	DEGENERATIVA MUSCULAR <input type="checkbox"/>	SINTOMAS DOMINANTES	CONVULSIONES <input type="checkbox"/>	DEFORMIDAD <input type="checkbox"/>
	ADQUIRIDA <input type="checkbox"/>	REUMATOLOGICA <input type="checkbox"/>		RETRASO MOTRIZ <input type="checkbox"/>	DOLOR ARTICULAR <input type="checkbox"/>
	NEUROLOGICA <input type="checkbox"/>	PSIQUIATRICA <input type="checkbox"/>		RETRASO MENTAL <input type="checkbox"/>	PSIQUIATRICOS <input type="checkbox"/>
	TRAUMATOLOGICA <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>		ESPASTICIDAD <input type="checkbox"/>	

ACLARACIONES _____

DIAGNOSTICO PRINCIPAL _____

DIAGNOSTICO CONCOMITANTES _____

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	PRESENTACION	POTENCIA	DOSIS DIARIA	CANT. SOLICITADA
<small>NOTA. 1- Prescripción: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/ unidad, con detalle del grado de concentración" (Ley 25649, art. segundo).</small>					

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FECHA _____

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

OBRA SOCIAL (SIGLAS)		Nº S.S.S.	
----------------------	--	-----------	--

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO		NOMBRE		SEXO	M	F
DOC. - TIPO		NRO.		FECHA DE NACIMIENTO		
Nº AFILIADO		TELEFONO				
CALLE		Nº		PISO		DPTO.
						COD. POSTAL
BARRIO		LOCALIDAD		PROV.		
E-MAIL (CORREO ELECTRONICO)						

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER LLENADO POR EL MEDICO)

APELLIDO		NOMBRE	
MATRICULA		ESPECIALIDAD	
		MAT. ESPECIAL	
INSTITUCION			
CALLE		Nº	
		PISO	
		DPTO.	
		COD. POSTAL	
TELEFONO		TEL. CELULAR	
E-MAIL (CORREO ELECTRONICO)			

DATOS ANTROPOMETRICOS Y GENERALES:

EDAD		AÑOS	TALLA		CM.	PESO		KG.	PRESION ARTERIAL HABITUAL			MM/HG.
TABAQUISMO ACTIVO	SI	NO	INSUFICIENCIA HEPATICA	SI	NO	APP		%	INSUFICIENCIA RENAL	SI	NO	
CLEARANCE DE CREATININA		ML/MIN	DIALISIS CRONICA	SI	NO	Nº SESIONES PROMMES						
AÑOS DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD PRINCIPAL:												
RECIENTE COMIENZO		MENOS DE 5 AÑOS		6 A 10 AÑOS		11 A 20 AÑOS		MAS DE 20 AÑOS				

II- DATOS PARA INSCRIPCION POR PATOLOGIA:

1- PSICONEURONEX:

A- EPILEPSIA

CARACTERIZACION DE LAS CRISIS EPILEPTICAS

- I. CRISIS PARCIALES A. Crisis parciales simples B. Crisis parciales complejas C. Crisis parciales con generalización secundaria
- II. CRISIS GENERALIZADAS A. Ausencias B. Mioclónicas C. Clónicas D. Tónicas E. Tónico clónicas F. Atónicas

III. CRISIS NO CLASIFICABLES - AMPLIACION (ACLARE FECHA DE COMIENZO. Y SITUACION ACTUAL)

B- ENFERMEDAD DE PARKINSON

ESCALA DE WEBSTER

PUNTUACION TOTAL: PUNTOS1 A 10 PUNTOS: ENFERMEDAD DE PARKINSON LEVE
11 A 20 PUNTOS: ENFERMEDAD DE GRAVEDAD MEDIA
21 A 30 PUNTOS: ENFERMEDAD DE PARKINSON GRAVE

EXAMEN NEUROLÓGICO (DATOS POSITIVOS): _____

C- NEUROLEPTICOS Y OTROS S.N.C.DIAGNOSTICO PRINC. PSICOP. ASOCIADAS

OBSERVACIONES QUE JUSTIFICAN LA MEDICACION SOLICITADA: _____

2 - CARDIONEX**A- HIPERTENSION ARTERIAL**

ANTECEDENTES DE:

PRE HTA ESTADIO 1 ESTADIO 2 EAP HIPERTENSIVO ACV CRISIS HIPERTENSIVA IMPACTO EN ORGANOS BLANCO: INSUFICIENCIA CARDIACA CARDIOP ISQUEMICA INSUFICIENCIA RENAL **B- CARDIOPATIA ISQUEMICA**ANGINA ESTABLE GRADO I GRADO II GRADO III ANGINA INESTABLE PROGRESIVA REC. COMIENZO POST IAM IAM PREVIO SI NO FECHA ATC PREVIA SI NO FECHA BY PAS PREVIO SI NO FECHA **C- INSUFICIENCIA CARDIACA**MIO DILATADA MIO HIPERTROFICA HIPERTENSIVA VALVULAR IDIOPATICA CLASE FUNCIONAL:

INFORME ECOCARDIOGRAMA- FRACCION DE ACORTAMIENTO: _____

D-ARRITMIAS CARDIACASSUPRAVENTRIC. TPS F. AURICULAR RITMO AURICULAR VENTRICULAR EV POLITOPICAS DUPLAS COLGAJOS TV OTRAS

INFORME ECG: _____

E-DISLIPIDEMIASENFERMEDAD FAMILIAR PRIMARIA OTRA METABOLOPATIA HIPERCOLESTEROLEMIA HIPERTRIGLICERIDEMIA MIXTA HIPERLIPIDEMIA TIPO COLESTEROLIEMIA: SIN TRATAMIENTO mg/100 CON TRATAMIENTO TRIGLICERIDEMIA: SIN TRATAMIENTO mg/100 CON TRATAMIENTO COLESTEROL LDL HDL OTRA XANTOMAS/LASMA CLINICA ASOCIADA HTA: SOPLO VASCULAR Completar datos en apartado correspondiente Enf. Cardiovascular

JUSTIFICACION DE LA MEDICACION SOLICITADA: _____

F - ARTERIOPATIA PERIFERICA

ETIOLOGIA: _____
 SINTOMAS CLINICOS - FUNCIONAL: _____
 INFORME DOPPLER O ARTERIOGRAFIA: _____
 JUSTIFICACION DE LA MEDICACION SOLICITADA: _____

3 - ENDOCRINEX

A - DIABETES MELLITUS

DIAGNOSTICO:
 DIABETES TIPO I DIABETES TIPO II ESTABLE INESTABLE EPISODIOS DE CETOSIS

COMPLICACIONES Y CONCOMITANCIAS: (MARQUE CON CRUZ DONDE CORRESPONDA)

RETINOPATIA PROLIFERANTE	RETINOPATIA NO PROLIFERANTE	NEFROPATIA
CARDIOPATIA ISQUEMICA	NEUROPATIA	ULCERA DE PIE
DISLIPEMIA	HIPERTENSION ARTERIAL	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
VEJIGA NEUROGENICA	GASTROPARESIA	AMPUTACION

AMPLIACION (ACLARE SITUACION ACTUAL INCLUYENDO TRATAMIENTO DE LAS CONCOMITANCIAS)

PROMEDIO DE GLUCEMIAS ANUALES: Hb glicosilada
 100 A 150 MG 150 A 200 >200 <6,5% 6,5 a 7,0% >7% >9%

LIPIDOGRAMA (Mg/100 ml)

Colest. total Colesterol HDL Colesterol LDL Trigliceridos

FUNCION RENAL

Microalbuminuria Clearance de creatinina

B - HIPER E HIPOTIROIDISMO

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:

DIAGNOSTICO ANATOMICO:

DIAG. ETIOLOGICO:

VALORES HORMONALES: TSH T4 T4 LIBRE

SINTOMAS QUE JUSTIFICAN EL TRATAMIENTO: _____

4 - NEUMONEX (Aduntar informe espirometria)

DIAGNOSTICO:	ASMA <input type="checkbox"/>	EPOC <input type="checkbox"/>	CLINICA ASMA:	PRUEBAS FUNCIONALES:	VEF 1 ESPERADO	<input type="text"/>
ESTADIFICACION:	LEVE INTERMIT <input type="checkbox"/>	(G.O.L)EST 0 <input type="checkbox"/>	N° CRISIS/SEMANA <input type="text"/>		VEF 1 MEDIDO	<input type="text"/>
	LEVE PERSIST <input type="checkbox"/>	EST 1 <input type="checkbox"/>			PICO FLUJO ESPER.	<input type="text"/>
	MODER. PERS. <input type="checkbox"/>	EST 2 <input type="checkbox"/>	N° SINT. NOCT./MES <input type="text"/>		PICO FLUJO MEDIDO	<input type="text"/>
	SEVERA PERS. <input type="checkbox"/>	EST 3 EST.4 <input type="checkbox"/>			% MEJORA CON B.D.	<input type="text"/>
					CAP VITAL	<input type="text"/>
					FEF 25 - 75	<input type="text"/>

DATOS RX. TORAX: _____

5 - ARTRONEX

A- HIFERURICEMIA GOTA

PRIMARIA SECUNDARIA TOFOS URICEMIA SIN TRATAMIENTO mg% URICEMIA CON TRATAMIENTO mg%

B-ARTRITIS REUMATODEA - LUPUS

DIAGNOSTICO: ARTR. REUM L.E.S. OTRO N° ARTICUL. AFECTADAS:
 FIEBRE SI NO EROSIONES OSEAS RX SI NO ESTADIO: AR LEVE AR MODER AR SEVERA
 VSG PROT C REACTIVA F.A.N. FACT. REUMATOID. NEFROPATIA LÚPICA SI NO
 TIPO NEFROPATIA: _____
 JUSTIFICACIÓN DE LA MEDICACIÓN SOLICITADA: _____

6 - OFTALMONEX

A- GLAUCOMA

OD OI AMBOS ANGULO ESTRECHO ABIERTO CIRUGIA PREVIA
 PATOLOGIAS OCULARES ASOCIADAS: _____

7 - HEMONEX

A- ANTICOAGULACION - ANTIAGREGACION CRONICAS

INDICACION - PATOLOGIA DE BASE: TEPA PROT VALV. ANGINA INESTABLE OTRA
 DIAGNOSTICO Y DATOS QUE JUSTIFICAN EL TRATAMIENTO SOLICITADO: _____

8 - GASTRONEX

A- ENFERMEDAD INFLAMAT. INTESTINAL (Adjuntar fotocopia de informe anatomopatológico)

COLITIS ULCEROSA: CLASIFICACIÓN: LEVE MODERADA SEVERA
 ENDOSCOPIA: PROCTITS PROCTOCOLIT. PANCOLITIS N° DEPOS./ DIA FIEBRE SI NO
 VSG ALBUMINA HTOCRITO
 OTRO DIAGNÓSTICO: _____
 JUSTIFICACION DE LA MEDICACIÓN SOLICITADA: _____

9 - OTRA PATOLOGIA PREVISTA COMO COBERTURA CRONICA

DIAGNOSTICO: _____
 DATOS QUE JUSTIFIQUEN EL TRATAMIENTO SOLICITADO: _____

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA POR DCI	FORMA FARMAC.	DOSIS/ UNIDADES	DOSIS DIARIA
NOTA. 1- Prescripción: "Toda receta o prescripción medica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/ unidad, con detalle del grado de concentración" (Ley 25649, art. segundo). 2- Especialidades: La prescripción en diabetes deberá ser realizada por endocrinólogo o clínico, y las de Programa Psiconeuronex, por neurólogo, psiquiatra, neurocirujano o internista. Para el resto de las patologías, el médico tratante.				

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO FECHA _____

ADJUNTO FOTOCOPIAS: CARNET AFILIADO DOC. DE IDENTIDAD ULTIMO RECIBO DE HABERES DEL TITULAR

ES REQUISITO INDISPENSABLE. ADJUNTAR FOTOCOPIAS DEL INFORME DE LOS ULTIMOS ESTUDIOS, A LOS FINES DE UNA CORRECTA AUDITORIA Y POSTERIOR ENVIO DE LA MEDICACION.

Planilla de empadronamiento

Se entrega solamente para el primer pedido, y para cambios o incorporación de medicación.

Para la reiteración de pedido se utilizan los formularios "receta".

Las planillas deben enviarse a

FARMANEXUS:

Tte. Gral. Juan Domingo Perón 1479

3º Piso Dpto. 7

Ciudad de Buenos Aires. CP 1013

At. De Lun. A Vie. De 10:00 a 17:00 hs.

Teléfono de Consulta: 5031-3700

Fax: 5032-0709

Farmacia: Av. Rivadavia 2202

4952-4785