

AMBUNEXUS C

FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO PARA SUBPROGRAMAS
PARA PACIENTES CON PATOLOGIAS CRONICAS PREVALENTES

FARMANEXUS

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

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 PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER LLENADO POR EL MEDICO)

APELLIDO NOMBRE

MATRICULA ESPECIALIDAD MAT. ESPECIAL

INSTITUCION

CALLE N° 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

CLEARENCE DE CREATININA ML/MIN. DIALISIS CRONICA SI NO N° SESIONES PROM/MES

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: PUNTOS 1 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 CARDIACAS

SUPRAVENTRIC. TPS F. AURICULAR RITMO AURICULAR VENTRICULAR EV POLITOPICAS
DUPLAS COLGAJOS TV OTRAS
INFORME ECG: _____

E-DISLIPIDEMIAS

ENFERMEDAD FAMILIAR <input type="checkbox"/>	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	OTRA METABOLOPATIA <input type="checkbox"/>
HIPERCOLESTEROLEMIA <input type="checkbox"/>	HIPERTRIGLICERIDEMIA <input type="checkbox"/>	MIXTA <input type="checkbox"/>
HIPERLIPIDEMIA TIPO <input style="width: 600px;" type="text"/>		
COLESTEROLIEMIA: SIN TRATAMIENTO <input style="width: 150px;" type="text"/> mg/100	CON TRATAMIENTO <input style="width: 150px;" type="text"/>	
TRIGLICERIDEMIA: SIN TRATAMIENTO <input style="width: 150px;" type="text"/> mg/100	CON TRATAMIENTO <input style="width: 150px;" type="text"/>	
COLESTEROL LDL <input style="width: 100px;" type="text"/>	HDL <input style="width: 100px;" type="text"/>	OTRA XANTOMAS/LASMA <input type="checkbox"/>
CLINICA ASOCIADA HTA: <input type="checkbox"/>	SOPLO VASCULAR <input type="checkbox"/>	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		AMPUTACIÓN	

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- HIPERURICEMIA GOTA																								
PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA <input type="checkbox"/>	TOFOS <input type="checkbox"/>	URICEMIA SIN TRATAMIENTO <input type="text"/> mg%	URICEMIA CON TRATAMIENTO <input type="text"/> mg%																				
B-ARTRITIS REUMATODEA - LUPUS																								
DIAGNOSTICO: ARTR. REUM <input type="checkbox"/> L.E.S. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> N° ARTICUL. AFECTADAS: <input type="text"/> <input type="text"/>																								
FIEBRE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EROSIONES OSEAS RX <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ESTADIO: AR LEVE <input type="checkbox"/>	AR MODER <input type="checkbox"/>	AR SEVERA <input type="checkbox"/>																				
VSG <input type="text"/>	PROT C REACTIVA <input type="text"/>	F.A.N. <input type="text"/>	FACT. REUMATOID. <input type="text"/>	NEFROPATIA LÚPICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																				
TIPO NEFROPATIA: _____																								
JUSTIFICACIÓN DE LA MEDICACIÓN SOLICITADA: _____																								
6 - OFTALMONEX																								
A- GLAUCOMA																								
OD <input type="checkbox"/>	OI <input type="checkbox"/>	AMBOS <input type="checkbox"/>	ANGULO ESTRECHO <input type="checkbox"/>	ABIERTO <input type="checkbox"/>																				
CIRUGIA PREVIA <input type="checkbox"/>																								
PATOLOGIAS OCULARES ASOCIADAS: _____																								
7 - HEMONEX																								
A- ANTICOAGULACION - ANTIAGREGACION CRONICAS																								
INDICACION - PATOLOGIA DE BASE: TEPA <input type="checkbox"/> PROT VALV. <input type="checkbox"/> ANGINA INESTABLE <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>																								
DIAGNOSTICO Y DATOS QUE JUSTIFICAN EL TRATAMIENTO SOLICITADO: _____																								
8 - GASTRONEX																								
A- ENFERMEDAD INFLAMAT. INTESTINAL (Adjuntar fotocopia de informe anatomopatológico)																								
COLITIS ULCEROSA: CLASIFICACIÓN: LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> SEVERA <input type="checkbox"/>																								
ENDOSCOPIA: PROCTITS <input type="checkbox"/> PROCTOCOLIT. <input type="checkbox"/> PANCOLITIS <input type="checkbox"/> N° DEPOS./ DIA <input type="text"/> <input type="text"/> FIEBRE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																								
VSG <input type="text"/> ALBUMINA <input type="text"/> HTOCRITO <input type="text"/>																								
OTRO DIAGNÓSTICO: _____																								
JUSTIFICACION DE LA MEDICACIÓN SOLICITADA: _____																								
9 - OTRA PATOLOGIA PREVISTA COMO COBERTURA CRONICA																								
DIAGNOSTICO: _____																								
DATOS QUE JUSTIFIQUEN EL TRATAMIENTO SOLICITADO: _____																								
TRATAMIENTO SOLICITADO																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">MONODROGA POR DCI</th> <th style="width:20%;">FORMA FARMAC.</th> <th style="width:15%;">DOSIS/ UNIDADES</th> <th style="width:15%;">DOSIS DIARIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					MONODROGA POR DCI	FORMA FARMAC.	DOSIS/ UNIDADES	DOSIS DIARIA																
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.