

Planilla PRODIABA II

Prescripción de lapiceras

Fecha de solicitud ____ / ____ / ____

Esta planilla debe ser enviada digitalmente a la Región Sanitaria para auditoría.

Lugar de atención

Municipio de residencia

Región sanitaria

Nombre y apellido del médico/a

MP

Teléfono de contacto

DATOS

Apellidos y nombres

Fecha de nacimiento

Edad

DNI

Sexo

F

M

H

MT

HT

T

O

Identidad de género*

Domicilio

Teléfono personal

Edad de diagnóstico

Tratamiento Previo

☐

Insulina Corriente

☐

Insulina Nph

☐

Metformina

☐

Otro antidiabético oral

Para el resto de los insumos y medicamentos completar **PLANILLA PRODIABA I.**

TRATAMIENTO

Análogo glargina (100 U/ml): _____ unidades por día

Análogo rápido (100 U/ml): _____ unidades por día

NPH lapicera (100 U/ml): _____ unidades por día

Resumen de Historia Clínica que justifique la solicitud

Firma y sello del Profesional

*M mujer - H hombre – MT mujer trans – HT hombre trans – T travesti – O otros