

Planilla PRODIABA I

Inscripción al RESAPRO - PRODIABA

Fecha de solicitud ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- La inscripción al Programa dura 15 meses, luego deberá reinscribirse.

- Podrá disponer de la medicación al mes siguiente de la carga de esta planilla.

DATOS DEL EFECTOR

Región Sanitaria

Nombre del Centro Asistencial _____

Localidad _____ Municipio _____

DATOS

Completar en imprenta mayúscula, una letra/número por casillero

Apellidos _____ Nombres _____

Sexo M F Identidad de género* M H MT HT T O Indígena: SI NO DNI Tipo Nº Fecha de nacimiento Municipio Localidad C.P. Calle Número Tel. fijo Celular

COBERTURA PÚBLICA EXCLUSIVA

☐

El paciente no cuenta con cobertura de Obra Social/Prepaga

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Tipo de Diabetes:

☐ Tipo 1☐ Tipo 2☐ Tipo 2

Insulinorequiriente

☐ Gestacional

MEDICACIÓN E INSUMOS SOLICITADOS

Para solicitar lapiceras debe completar la **Planilla PRODIABA II** y enviar a la Región Sanitaria para auditoría

PRODIABA	DOSIS DIARIA	CONSUMO MENSUAL
<input type="checkbox"/> Insulina corriente (1000 UI) Frasco ampolla	unidades	Frascos ampolla
<input type="checkbox"/> Insulina NPH (1000 UI) Frasco ampolla	unidades	Frascos ampolla
<input type="checkbox"/> Metformina 500 mg comp.	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Gliclazida 60mg comp.	mg.	Comp.
<input type="checkbox"/> Glucagón jeringa prellena		
<input type="checkbox"/> Jeringa para insulina con aguja fija		Unidades
<input type="checkbox"/> Agujas para lapicera de insulina		Unidades
<input type="checkbox"/> Lancetas		Unidades
<input type="checkbox"/> Biosensor *		
<input type="checkbox"/> Tiras reactivas para medición de glucosa capilar*		Unidades

* Solo para personas con diabetes gestacional,
diabetes tipo 1 o diabetes tipo 2 insulinorequirientesFecha

Firma y sello del médico

Matricula Provincial Matricula Nacional

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