

FORMULARIO EMPADRONAMIENTO

PARA PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES

El presente formulario esta diseñado para que el médico tratante registre la patología crónica prevalente y la prescripción de medicamentos correspondientes a la misma, a fin de que el paciente pueda acceder a la cobertura según Res. 310 y modificaciones.

Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a repcion@farmanexus.com.ar / Por **Whatsapp 1132981473**

Para evacuar cualquier consulta comuníquese al **011 50313700 / 0810-345-3276** . En horario de **8 a 19 hs** los días hábiles.

Señor profesional: Ponemos a su disposición nuestra página web, (www.farmanexus.com.ar) donde podrá encontrar los protocolos en uso, e información útil a los fines de cumplimentar las normas de uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN

OBRA SOCIAL (SIGLAS)

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO NOMBRE SEXO F M

DOC. TIPO NRO. FECHA DE NACIMIENTO

Nº AFILIADO TELÉFONO

CALLE Nº PISO DPTO. COD. POSTAL

BARRIO LOCALIDAD PROV.

E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

APELLIDO NOMBRE

MATRÍCULA ESPECIALIDAD

INSTITUCIÓN

CALLE Nº PISO DPTO. COD. POSTAL

TELÉFONO TEL. CELULAR

E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)

DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y GENERALES

EDAD AÑOS TALLA CM. PESO CM. PRESION ARTERIAL HABITUAL MÍNIMA MÁXIMA MM./HG

TABAQUISMO ACTIVO SI NO

AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PRINCIPAL

RECIENTE COMIENZO MENOS DE 5 AÑOS 6 A 10 AÑOS
 11 A 20 AÑOS MÁS DE 20 AÑOS

DATOS PARA INSCRIPCIÓN POR PATOLOGÍA

1. EPILEPSIA

DOC. TIPO NRO.

CARACTERIZACIÓN DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS

- I. CRISIS PARCIALES A. CRISIS PARCIALES SIMPLES B. CRISIS PARCIALES COMPLEJAS B. CRISIS PARCIALES CON GENERALIZACIÓN SECUNDARIA
- II. CRISIS GENERALIZADAS A. AUSENCIAS B. MIOCLÓNICAS C. CLÓNICAS D. TÓNICAS E. TÓNICO CRÓNICAS F. ATÓNICAS
- III. CRISIS NO CLASIFICABLES / AMPLIACIÓN (ACLARE FECHA DE COMIENZO Y SITUACIÓN ACTUAL)

2. ENFERMEDAD DE PARKINSON

ESCALA DE WEBSTER PUNTUACIÓN TOTAL PUNTOS 1 A 10 PUNTOS: ENFERMEDAD DE PARKINSON LEVE
11 A 20 PUNTOS: ENFERMEDAD DE PARKINSON MEDIA
21 A 30 PUNTOS: ENFERMEDAD DE PARKINSON GRAVE

EXAMEN NEUROLÓGICO (DATOS POSITIVOS) _____

OBSERVACIONES QUE JUSTIFICAN LA MEDICACIÓN SOLICITADA _____

3. NEUROLÉPTICOS Y OTROS S.N.C

DIAGNÓSTICO PRINC. _____

PSICOP. ASOCIADAS _____

OBSERVACIONES QUE JUSTIFICAN LA MEDICACIÓN SOLICITADA _____

4. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

A. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

PRE HTA ESTADIO 1 ESTADIO 2 ANTECEDENTES DE: EAP HIPERTENSIVO ACV CRISIS HIPERTENSIVA

PATOLOGÍAS CONCOMITANTES: _____

B. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

ANGINA ESTABLE GRADO I GRADO II GRADO III ANGINA INESTABLE PROGRESIVA REC. COMIENZO POST IAM

C. INSUFICIENCIA CARDÍACA

MIO DILATADA MIO HIPERTRÓFICA HIPERTENSIVA VALVULAR IDIOPÁTICA CLASE FUNCIONAL

D. ARRITMIAS CARDÍACAS

SUPRAVENTRIC. TPS F. AURICULAR RITMO AURICULAR VENTRICULAR EV POLITÓPICAS
DUPLAS COLGAJOS TV OTRAS

DOC. TIPO NRO.

5. DISLIPIDEMIAS

HIPERCOLESTEROLEMIA PRIMARIA SECUNDARIA
 HIPERTRIGLICERIDEMIA MIXTA

COLESTEROLEMIA mg/100
 TRIGLICERIDEMIA mg/100
 COLESTEROL LDL HDL

PATOLOGÍAS CONCOMITANTES _____

6. OBESIDAD

PESO TALLA IMC

PATOLOGÍAS CONCOMITANTES _____

7. PATOLOGÍA TIROIDEA

DIAGNÓSTICO

VALORES HORMONALES TSH T4 T4 LIBRE

SINTOMAS QUE JUSTIFICAN EL TRATAMIENTO: _____

8. PATOLOGÍA RESPIRATORIA

DIAGNÓSTICO	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> EPOC	PRUEBAS FUNCIONALES	VEF 1 ESPERADO	<input type="text"/>
ESTADIFICACIÓN	LEVE INTERMIT. <input type="checkbox"/>	(G.O.L.) EST 0 <input type="checkbox"/>		VEF 1 MEDIDO	<input type="text"/>
	LEVE PERS. <input type="checkbox"/>	EST 1 <input type="checkbox"/>	PICO FLUJO ESPER	<input type="text"/>	
	MODER PERS. <input type="checkbox"/>	EST 2 <input type="checkbox"/>	PICO FLUJO MEDIDO	<input type="text"/>	
	SEVERA PERS. <input type="checkbox"/>	EST 3 EST 4 <input type="checkbox"/>	% DE MEJORA CON B.D	<input type="text"/>	
			CAP VITAL	<input type="text"/>	
			FEF 25 - 75	<input type="text"/>	

ESPIROMETRÍA: _____

DATOS RX TORAX: _____

9. HIPERURICEMIA

HIPERURICEMIA GOTA

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

DOC. TIPO NRO.

10. ARTRITIS REUMATOIDEA- LUPUS

DIAGNÓSTICO: ARTR. REUM L.E.S OTRO N° DE ARTICUL AFECT.

ESTADIO: AR. LEVE AR. MODER AR. SEVERA

VSG PROT C REACTIVA F.A.N FACT. REUMATOID NEFROPATÍA LÚPICA

JUSTIFICACIÓN DE LA MEDICACIÓN SOLICITADA _____

11. GLAUCOMA

OD OI AMBOS ANGULO ESTRECHO ABIERTO CIRUGIA PREVIA

PATOLOGÍAS OCULARES ASOCIADAS: _____

12. ANTICOAGULACIÓN - ANTIAGREGACIÓN CRÓNICA

INDICACIÓN - PATOLOGÍA BASE: TEPA PROT VALV ANGINA INESTABLE OTRA

DIAGNÓSTICO Y DATOS QUE JUSTIFICAN EL TRATAMIENTO SOLICITADO: _____

13. ENFERMEDAD INFLAMAT. INTESTINAL

(Adjuntar fotocopia de informe anatomopatológico)

COLITIS ULCEROSA
CLASIFICACIÓN LEVE MODERADA SEVERA

ENDOSCOPIA: _____

OTRO DIAGNÓSTICO: _____

JUSTIFICACIÓN DE LA MEDICACIÓN SOLICITADA: _____

14. OTRA PATOLOGIA PREVISTA COMO COBERTURA CRÓNICA

DIAGNÓSTICO: _____

DATOS QUE JUSTIFICAN EL TRATAMIENTO SOLICITADO: _____

	MONODROGA POR DCI	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES
TRATAMIENTO SOLICITADO					

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO _____ FECHA: _____

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)