**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS**

**CRITERIOS PARA INDICACIÓN DE ANÁLOGOS DE INSULINAPARA TRATAMIENTO DE DBT TIPO 2**

|  |
| --- |
| **INICIO DE INSULINA BASAL EN DBT 2** |

**CRITERIOS PARA VALORAR LABILIDAD METABÓLICA**

* Hipoglucemias sintomáticas nocturnas en los últimos 4 meses
* Hipoglucemias que hayan requerido internación o asistencia médica en los últimos 4 meses
* Registros de glucemias capilares de las 4 (cuatro) últimas semanas
* Tipo de insulina que usa
* Hipoglucemiante oral que usa
* Edad

Para la autorización de análogo de insulina lento se deberá adjuntar la siguiente ficha donde se detallen los criterios de solicitud de los mismos:

|  |  |
| --- | --- |
| **•Fecha:** | **•Establecimiento de Salud:** |
| **•Nombre y Apellido:****•DNI u otro:****•Edad:** | **•Médico Tratante:****•Especialidad:****•Firma y sello:** |
| **•Diagnóstico:** |
| **•Tratamiento actual: 1) dosis/día:** **2) dosis/día:** **3) dosis/día:****4) dosis/día:****•Detalle criterios de solicitud de análogos lentos (adjunte análisis de últimos 6 meses)** |

●**PROGRAMA PROVINCIAL DE DIABETES** AUTORIZO □ SI □ NO FECHA: