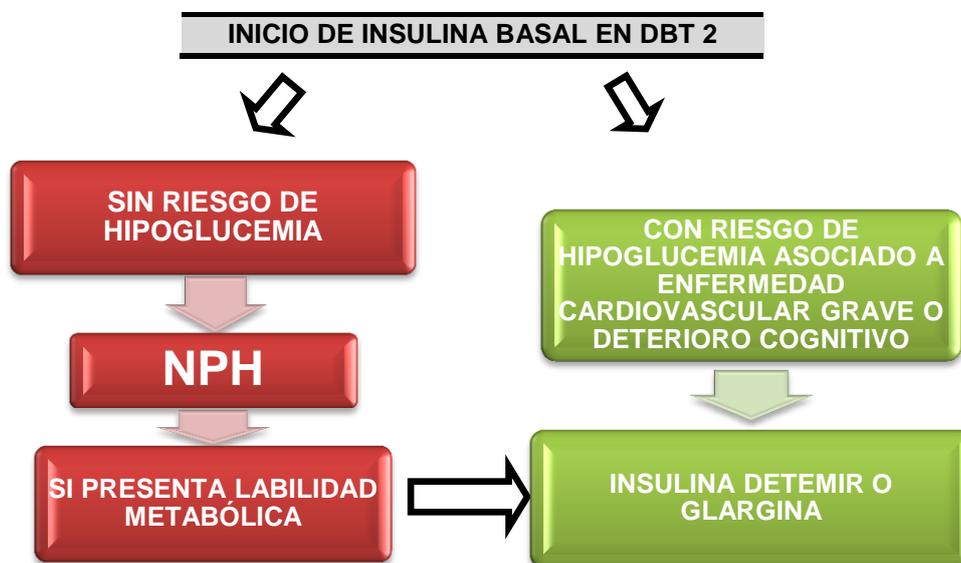


**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS**  
**CRITERIOS PARA INDICACIÓN DE ANÁLOGOS DE INSULINA PARA TRATAMIENTO DE DBT TIPO 2**



**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:	•Médico Tratante:
•DNI u otro:	•Especialidad:
•Edad:	•Firma y sello:
•Diagnóstico:	
•Tratamiento actual: 1) <span style="float:right">dosis/día:</span>	
2) <span style="float:right">dosis/día:</span>	
3) <span style="float:right">dosis/día:</span>	
4) <span style="float:right">dosis/día:</span>	
•Detalle criterios de solicitud de análogos lentos (adjunte análisis de últimos 6 meses)	

•PROGRAMA PROVINCIAL DE DIABETES      AUTORIZO     SI                     NO                    FECHA:

ESTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA EN CASO DE NO COINCIDIR LOS DATOS DEL PACIENTE CON LA BASE DE DATOS DEL RENAR, SE DEVOLVERÁ PARA SU CORRECTO LLENADO.

PRODIAMEN-[diabetes@mendoza.gov.ar](mailto:diabetes@mendoza.gov.ar) Tel: 4202538