

F.112

Área Planes Especiales
Uso Interno

H.C.N°

OBS

El presente formulario debe ser confeccionado exclusivamente por médico especialista y completas ambas caras, en su totalidad

TRÁMITE SUJETO A AUDITORÍA MÉDICA

REQUISITOS PRIMERA VEZ:

- ORIGINAL FORMULARIO F.112
- FOTOCOPIA DE CARNET, AMBAS CARAS
- FOTOCOPIA DE CERTIFICADO CERPRES (DISCAPACIDAD)
- FOTOCOPIA DNI
- FOTOCOPIA ESTUDIOS RELACIONADOS Y RESPALDATORIOS DEL DIAGNÓSTICO

REQUISITOS RENOVACIÓN:

- ORIGINAL FORMULARIO F.112
- CONSTANCIA ANTERIOR (ORIGINAL)
- FOTOCOPIA DE CARNET, AMBAS CARAS
- FOTOCOPIA DE CERTIFICADO CERPRES (DISCAPACIDAD)
- FOTOCOPIA ESTUDIOS RELACIONADOS Y RESPALDATORIOS DEL DIAGNÓSTICO - INFORME AUTOMONITOREO-

NOMBRE Y APELLIDO	FECHA / /
DNI N°	EDAD
PESO	I.M.C.:

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES FAMILIARES

OSTEOPORÓISIS NO SI (Madre/Abuela).....

FRACTURAS NO SI (Madre/Abuela).....

PATOLOGÍAS ASOCIADAS O PRE-EXISTENTES

DESNUTRICIÓN MENOPAUSIA TEMPRANA NEOPLÁSICAS ENDOCRINOLÓGICAS

RENALES OTRAS DESCRIPCIÓN.....

ESTADO DE ENFERMEDAD ACTUAL

ESTADÍO PRE-MENOPAUSIA TRANSICIÓN MENOPAUSICA POST-MENOPAUSIA

SEDENTARISMO NO SI ACTIVIDAD FÍSICA NO SI DIETA SALUDABLE NO SI

USO CORTICOIDES NO SI DOSIS / ANTIGUEDAD DEL TRATAMIENTO

PÉRDIDA DE TALLA HISTÓRICA NO SI DISMINUCIÓN EN CMS.....

TRATAMIENTOS CON ESTRÓGENOS NO SI

EVALUACIÓN ENDOCRINOLÓGICA

A. DENSITOMETRIA OSEA

COLUMNA VERTEBRAL: DMO.....g/cm² T-SCORE..... RIESGO DE FRACTURA: MODERADO ELEVADO

CUELLO FEMORAL ÓSEO: DMO.....g/cm² T-SCORE..... RIESGO DE FRACTURA: MODERADO ELEVADO

FÉMUR PROXIMAL: DMO.....g/cm² T-SCORE..... RIESGO DE FRACTURA: MODERADO ELEVADO

B. EXÁMENES DE LABORATORIO

INDICACIÓN	DETERMINACIÓN	VALORES HALLADOS	DETERMINACIÓN	VALORES HALLADOS	INDICACIÓN	DETERMINACIÓN	VALORES HALLADOS
Diagnóstico o inicio de tratamiento con riesgo de fractura	Calcio		Proteinograma		Solo en caso de sospecha de enfermedad celíaca	Antigliadina	
	Fosfatemia		Vit. D basal			Antiendomiso	
	Creatininemia		Vit. D pos-suplem.			Antitransglutaminasa	
	Hepatograma		Cortisol sérico				
	Fosfatasa Alcalina Sérica		TSH sérica				
	Creatinina Urinaria		PTH sérica				

PRESCRIPCIÓN (Rp/)

Solo deberán prescribirse monodrogas o asociaciones incluidas en el vademecum D.O.S.E.P.

DROGA O ASOCIACIÓN	POTENCIA en mg/UI	DÓSIS / DÍA	TAMAÑO ENVASE	FRECUENCIA CONTROL MÉDICO	PERÍODO MÁXIMO DE TRATAMIENTO
Rp1					
Rp2					
Rp3					

Evaluación de parámetros bioquímicos de recambio óseo 3 (TRES) MESES 6 (SEIS) MESES

Exámen radiológico anual de columna dorsal y lumbar en perfil

Próxima DMO:

Fecha: / /

Firma y Sello - Médico Especialista

AUDITORÍA MÉDICA - AUTORIZACIÓN

DROGA O ASOCIACIÓN	POTENCIA en UI/ml	FORMA FARM.	DÓSIS	TAMAÑO ENVASE	% COB	FRECUENCIA CONTROL MÉDICO	PERÍODO AUTORIZADO
Rp1							
Rp2							
Rp3							

Fecha: / /

Firma y Sello - Médico Especialista

OBSERVACIONES - RESERVADO AUDITORÍA MÉDICO FARMACEUTICA

RENOVACIÓN CON CAMBIOS <input type="checkbox"/>	MODIFICACIONES <input type="checkbox"/>	RENOVACIÓN CON CAMBIOS <input type="checkbox"/>

Fecha: / /

Firma y Sello - Médico Especialista