

**REQUISITOS**  
**PEDIDO DE INSULINAS LAPICERAS**

PACIENTE	
DNI	

MEDICO PRESCRIPTOR	
MATRICULA	
EFECTOR	

Tipo de insulina solicitada	Dosis unidad / día
INSULINA NPH LAPICERAS	
INSULINA ASPARTICA LAPICERAS (*)	
INSULINA GLARGINA LAPICERAS (*)	
INSULINA DEGLUDEC LAPICERAS (*)	

(\*) Debe adjuntar Monitoreo glucémico

Marque con una cruz la justificación de solicitud de lapiceras

Diabetes tipo 1, de por vida, en recetario común.	
Diabetes Gestacional y Pregestacional, en recetario común.	
Diabetes tipo 2 insulino-requirientes con:	
A- ceguera o disminución de agudeza visual severa. La receta debe ser <u>acompañada del certificado del oftalmólogo.</u>	
B- Pacientes con incapacidad motriz, secuelas neurológicas o compromiso articulares que impidan el manejo de vial- jeringas, si el paciente es auto-válido.	
Analfabetos. La receta debe ir acompañada del <u>informe de servicio social.</u>	
Otras, justificar en la hoja siguiente	

## ANEXO 1

### Procedimiento de solicitud

El paciente se dirige a la farmacia con la receta, en caso de ser **diabético tipo 1** o embarazada con Diabetes gestacional o pregestacional la medicación se le debe entregar en el momento ya que debe haber stock en las farmacias para estos casos.

En caso de **diabético tipo 2** la receta acompañada de los requisitos solicitados se envía a través de la Coordinación Zonal de Farmacia a la Dirección Gral. de Abastecimiento del CAM para que el Comité de Medicamentos evalúe la indicación con la información respaldatoria.

**Otros tipos de análogos de insulinas y mezclas de insulinas** que no están incorporadas al formulario terapéutico provincial (FTP) si un profesional considera que un paciente la necesita deberá realizar la justificación correspondiente.

### **JUSTIFICACIÓN**

---

FECHA

---

FIRMA Y SELLO MÉDICA/O