



Solicitud de Insulinas para Administración SUBCUTÁNEA al Ingreso o para la Reposición durante la Internación

FECHA		HORA	LUGAR DE INTERNACIÓN

Etiqueta Identificatoria del Paciente

MOTIVO SOLICITUD (Marcar la opción con X)

- Debut
- MAL control metabólico
- Paciente que al ingreso no trajo sus insulinas
- Reposición de insulinas durante la internación

Si el paciente se interna por motivos ajenos a su control metabólico debe usar su esquema de dosis y sus insulinas.

Tipo de Insulina	Tiempo de Acción	Nombre Genérico	Marcar con X	Código Interno Farmacia
Basal	Lenta	Glargina		1947.LB
	Ultralenta	Degludec	No disponible en el Hospital. Consultar al Servicio de Nutrición	
Bolo y/o corrección*	Rápida	Lispro		2202.LB
		Glulisina		2212.LB
		Aspártica Lapicera		2144.LB
		Aspártica Cartucho P/lapicera recargable (1/2 punto)		2144.YH

*Bolo y/o corrección: Intercambiables entre sí, indicar la disponible en el Hospital: consultar al farmacéutico/a.



MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO: REQUIERE DOBLE FIRMA

Firma y sello / **Médica/o**

Firma y sello / **Médica/o**