



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA

DADOS DO(A) PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: M F TELEFONE: () _____

DD/MM/AAA

RG: _____ CPF: _____ CNS: _____

Foto Cópia Obrigatória

Foto Cópia Obrigatória

Foto Cópia Obrigatória

ENDEREÇO: _____

Nº: _____ CEP: _____ CIDADE: _____

Comprovante de Residência Obrigatório

PESO (KG) _____ **ALTURA (M)** _____

DADOS DO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE

NOME: _____ CRM: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: () _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

TIPO DE DIABETES 1 2 TEMPO DE DIAGNÓSTICO ____ ANOS E ____ MESES.

OUTROS TIPOS: _____

CID: _____

COMPLICAÇÕES CRÔNICAS

Retinopatia Não Sim Não avaliado **Nefropatia** Não Sim Não avaliado

Neuropatia Não Sim Não avaliado **DCV** Não Sim Não avaliado

Doença cardio-vascular

COMPLICAÇÕES AGUDAS (Histórico)

Cetoacidose Não Sim Data: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

Síndrome Hiperosmolar Não Sim Data: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

Hipoglicemia Não Sim Data: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

DADOS NUTRICIONAIS

Avaliação inicial: Data: ____/____/____ Peso: _____ Kg Altura: _____ m

Última avaliação: Data: ____/____/____ Peso: _____ Kg Altura: _____ m

Estado nutricional atual (com base no IMC): Baixo peso Eutrófico Sobrepeso Obesidade



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
CENTRO DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA DO ESTADO DA BAHIA

Paciente já recebeu orientação nutricional: Não Sim

Em caso afirmativo, tem boa adesão ao plano alimentar: Não Sim

Comentários: _____

EXERCÍCIOS FÍSICOS

Paciente é orientado para realizar exercícios físicos e quanto sua importância: Não Sim

Em caso afirmativo, tem boa adesão ao plano de exercícios físicos: Não Sim

Comentários: _____

EXAMES LABORATORIAIS

(Anexar cópia dos dois últimos exames, sendo o último com até 60 dias da data do preenchimento do formulário)

Datas	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Glicemia mg/dl				
HbA1C*				

*Método laboratorial HPLC ou devidamente certificados NGSP.

TRATAMENTO ATUAL

Medicamento Hipoglicemiante	Data de início do tratamento

Fez ou está fazendo uso de algum **análogo de insulina** nos últimos 6 meses? Não Sim

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA USO DO(S) ANÁLOGO(S) DE INSULINA

Anexo 1 da Portaria Nº1603 de 14/11/2012

1. Apresentou **hipoglicemia moderada de repetição** com frequência igual ou superior a 02 vezes por semana? Não Sim

2. Apresentou **lipodistrofia** insulínica em 02 ou mais locais de aplicação de insulina? Não Sim

3. Possui diagnóstico de **diabetes lábil** com episódios de hipoglicemia (glicemia < 50 mg/dl) e hiperglicemia (glicemia > 270 mg/dl) ? Não Sim

4. Apresentou **mau controle persistente** do diabetes, caracterizado por níveis de HbA1c (método HPLC) 1% acima das metas preconizadas para idade, **apesar de boa adesão ao tratamento?**
 Não Sim

5. Fez **uso prévio de insulina NPH** por pelo menos 06 meses? Não Sim

6. Ter **idade mínima** para uso do análogo conforme bula registrada na ANVISA? Não Sim



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
CENTRO DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA DO ESTADO DA BAHIA

* Anexar relatório médico complementar caso o profissional considere necessária informações adicionais não contempladas neste formulário.

MEDICAMENTO (S) PRETENDIDO (S)

Análogo de ação ultrarrápida:

Dose total diária pretendida: Unidades

Ciente que ocorrerá a substituição eventual dos análogos de ação ultrarrápida considerando a disponibilidade de estoque quando da dispensação.

Análogo de ação basal: GLARGINA DETEMIR

Dose total diária pretendida: Unidades

DOSE TOTAL DE INSULINA (UI/KG) DIA _____

Poderá ocorrer substituição eventual dos análogos de ação basal considerando a disponibilidade de estoque quando da dispensação Aceito e concordo Não aceito e não concordo

* **Anexar receita médica em 02 (duas) vias**

Afirmo que li o Protocolo Técnico para Dispensação de Análogos de Insulina de Ação Basal e Ultrarrápida, estando ciente que os dados preenchidos são de minha inteira responsabilidade, condizentes com a situação clínica do paciente e serão avaliados segundo os critérios descritos.

_____/_____/_____
Data da solicitação

Assinatura e carimbo do médico assistente

Número CRM

AVALIAÇÃO DO NÚCLEO DE ANÁLOGOS – CEDEBA – SESAB

Avaliação final do processo Deferido Indeferido

Medicamento

ULTRARRAPIDA dose total mensal: Unidades dose trimestral: Unidades

GLARGINA dose total mensal: Unidades dose trimestral: Unidades

DETEMIR dose total mensal: Unidades dose trimestral: Unidades

_____/_____/_____
Data da avaliação

Assinatura do avaliador do núcleo de análogos