



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



PROCED
PROJETO DE CAPACITAÇÃO
E EDUCAÇÃO EM DIABETES



PROTOSCOLOS CLÍNICOS PARA ASSISTÊNCIA AO DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

**Salvador - Bahia
2014**



Governo do Estado da Bahia

Jaques Wagner

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Washington Luís Silva Couto

Superintendência de Atenção Integral à Saúde

Gisélia Santana Souza

Diretoria de Gestão do Cuidado

Liliane Mascarenhas Silveira

Diretoria do CEDEBA

Reine Marie Chaves Fonseca

Diretoria da Atenção Básica

Cristiano Soster

Equipe Técnica do PROCED

Reine Marie Chaves Fonseca (Coordenação Geral)

Odelisa Silva de Matos (Coordenação Técnica)

Alexis Guedes

Cícero Fidelis

Iraci Lúcia C. Oliveira

Júlia de Fátima Coutinho

Lorena Guedes

Maria Cristina Rodrigues Souza

Maria das Graças Velanes de Faria

Maria Palmira Romero

Sandra Mara Luna

Tessa Mattos

Revisão

Iraci Lúcia Oliveira

Maria das Graças Velanes de Faria

Odelisa Silva de Matos

Reine Marie Chaves Fonseca



Sumário

RASTREAMENTO – PREVENÇÃO E CUIDADOS NO DIABETES TIPO 2 (ALGORITMO)	05
RASTREAMENTO POPULACIONAL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 - FICHA DE INVESTIGAÇÃO	06
RASTREAMENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 - ORIENTAÇÕES PARA OS USUÁRIOS	07
RASTREAMENTO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG) (ALGORITMO)	08
ASSISTENCIA AO DIABETES GESTACIONAL	09
CRITÉRIOS PARA CONSULTAS ESPECIALIZADAS (ALGORITMO)	10
TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 (ALGORITMO PRINCIPAL)	11
METAS DO TRATAMENTO DO DM TIPO 2	13
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA DM TIPO 2	14
PARÂMETROS PARA A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DM TIPO 2	15
CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA - DRC	15
RECOMENDAÇÕES RELACIONADAS À PREVENÇÃO A AO DIAGNÓSTICO DO PÉ DIABÉTICO	16
USO DO MONOFILAMENTO SEMMES-WEINSTEIN DE 10 G	17
AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL PÉ DIABÉTICO –CONSULTA INICIAL	18
AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL PÉ DIABÉTICO –CONSULTA SUBSEQUENTE	20
PROTOCOLO CLÍNICO PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA RETINOPATIA DIABÉTICA (RD)	22
TRATAMENTO DA HIPOGLICEMIA	25
INSTRUÇÕES PARA ABERTURA DE PROCESSO DE SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA E DE CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO	27
FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA	30
FORMULÁRIO PARA CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA	33



Apresentação

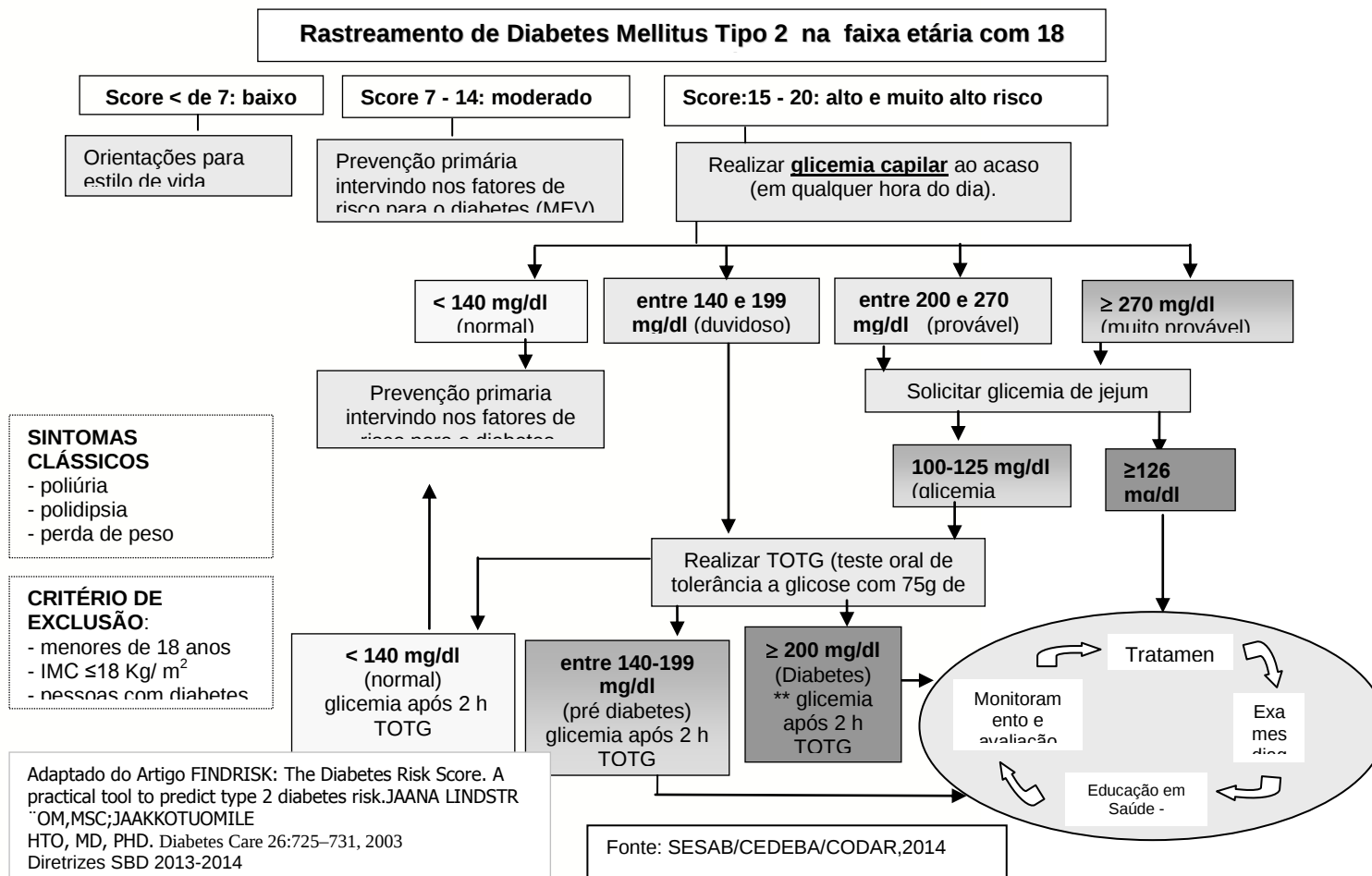
Os protocolos aqui apresentados foram desenvolvidos pela equipe técnica do PROCED (Projeto de Capacitação e Educação em Diabetes) considerando os algoritmos de tratamento disponíveis na literatura científica nacional e internacional. Foram adaptados para a realidade da assistência na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) levando-se em consideração os métodos diagnósticos pactuados, o elenco farmacêutico estadual disponível (RESME-Bahia) e a acessibilidade do cidadão.

Assim, o objetivo maior deste trabalho foi elaborar protocolos práticos e condizentes com a realidade vivenciada no SUS – Bahia, a fim de instrumentalizar a equipe responsável pela assistência do diabetes na Atenção Básica de Saúde. Foram utilizados parâmetros clínicos acessíveis nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, medicamentos e insumos contemplados na assistência farmacêutica básica e exames laboratoriais disponíveis para acompanhamento na rede pública de saúde.



RASTREAMENTO – PREVENÇÃO E CUIDADOS NO DIABETES TIPO 2

FINDRISK (ALGORITMO)





RASTREAMENTO POPULACIONAL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Numero de identificação:- -----

IDADE: -----

1. Idade (p=pontos)

- 0 p Menos de 45 anos
- 2 p 45-54 anos
- 3 p 55-64 anos
- 4 p Mais de 64 anos

2. Índice de Masa Corporal (IMC)

- 0 p Menor que 25 kg/m²
- 1 p 25-30 kg/m²
- 2 p Superior a 30 kg/m²

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

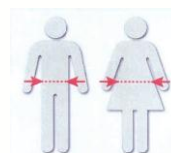
3. Circunferência da Cintura (na altura do umbigo)

Homens

- 0 p Menos de 94 cm
- 3 p 94-102 cm
- 4 p Mais de 102 cm

Mulheres

- Menos de 80 cm
- 80-88 cm
- Mais de 88 cm



4. Você pratica atividade física no mínimo 30 min diariamente ou durante atividade de lazer ou na sua atividade diária de trabalho?

- 0 p Sim
- 2 p Não

5. Com que frequência você come Frutas e Legumes?

- 0 p Todo dia
- 1 p Não todo dia

6. Você já tomou ou toma medicamentos anti-hipertensivos?

- 0 p Não
- 3 p Sim

7. Você já teve um exame com resultado de Glicemia elevada? (por ex. num exame de saúde , durante alguma doença ou na gravidez?)

- 0 p Não
- 2 p Sim

8. Você tem algum membro da família em primeiro grau ou outro parente com Diabetes tipo 1 ou 2 ?

- 0 p Não
- 3 p Sim: avós, tios, primos em primeiro grau
- 5 p Sim: pais, irmãos, filhos

Risco Total é.....

Resultado:

O risco de desenvolver Diabetes Melitus em 10 anos é:

Score < de 7: baixo risco
Score 7 - 14: moderado risco
Score 15 – 20: alto e muito alto

Adaptado do Artigo FINDRISK: The Diabetes Risk Score. A practical tool to predict type 2 diabetes risk. JAANA LINDSTRÖM, MSc; JAAKKO TUOMILEHTO, MD, PHD. Diabetes Care 26:725–731, 2003



RASTREAMENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 ORIENTAÇÕES PARA OS USUÁRIOS

Nome _____

IDADE _____ anos

O risco de você desenvolver Diabetes nos próximos 10 anos é:

ALTO RISCO e MUITO ALTO ()

MODERADO RISCO ()

BAIXO RISCO ()

Siga as orientações:

ALTO RISCO e MUITO ALTO () Seu risco em desenvolver diabetes é grande. Procure uma Unidade de Saúde mais próximo de sua residência investigar se tem diabetes e ser acompanhado pois certamente você terá que adotar um estilo de vida mais saudável e orientações muito importante para prevenir o diabetes. A obesidade, pressão arterial alta, falta de atividade física e alimentação rica em açúcares e gorduras são fatores importantes para se ter diabetes.

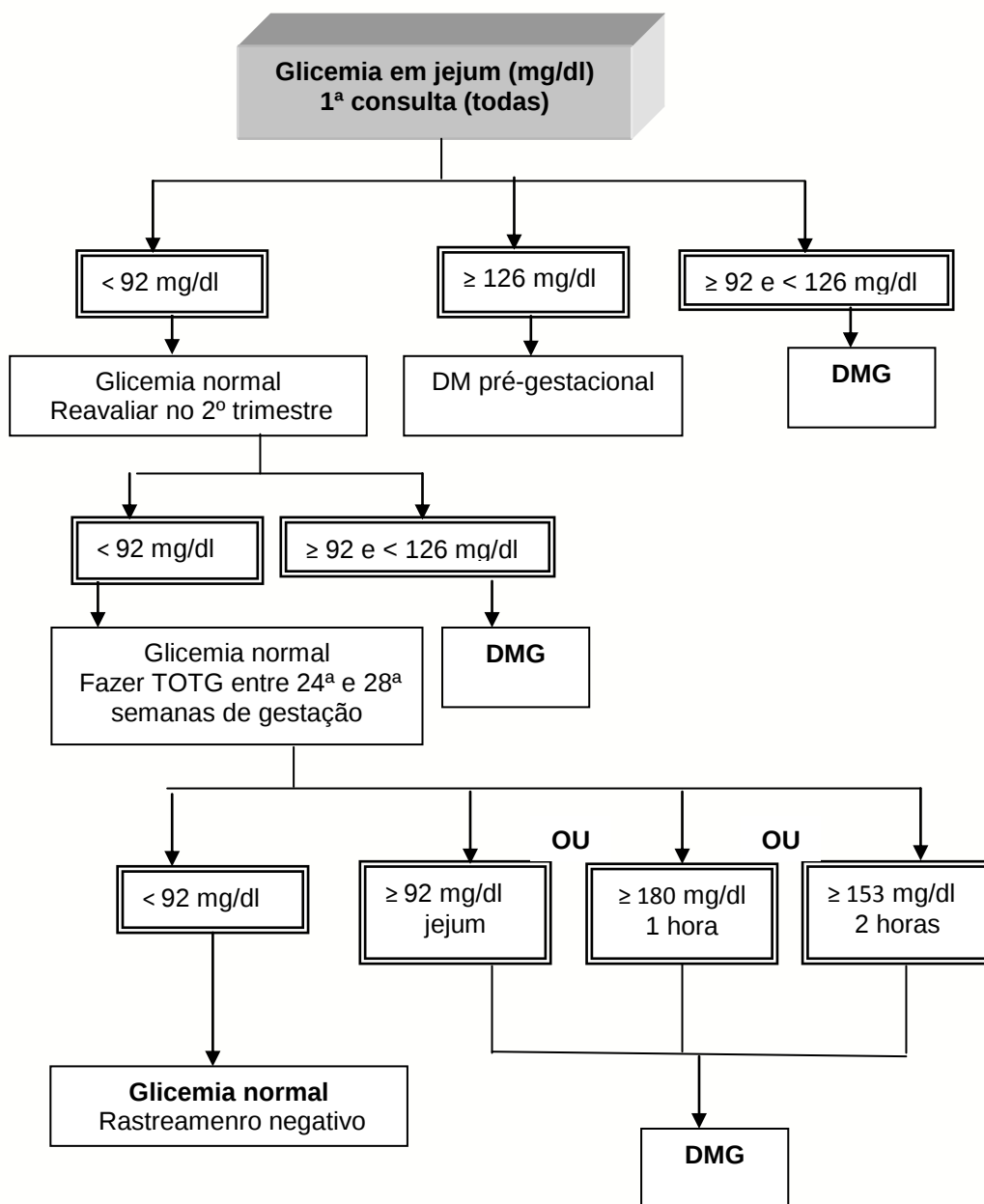
MODERADO RISCO () Seu risco em desenvolver diabetes existe. Cuidado! Procure uma Unidade de Saúde mais próximo de sua residência para você adotar um estilo de vida mais saudável (exercícios físicos todos os dias 40 minutos por dia, alimentação pobre em açúcares e gorduras e rica em fibras). O controle de seu peso dentro do ideal é muito importante para a prevenção do diabetes.

BAIXO RISCO () Parabéns! Seu risco de desenvolver diabetes é pouco provável. Mantenha uma qualidade de vida saudável. Pratique exercício físico todos os dias 40 minutos por dia, alimentação pobre em açúcares e gorduras e rica em fibras). Busque manter o seu peso na faixa adequada.

Fonte: SESAB/CEDEBA/CODAR, 2014



RASTREAMENTO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG) (ALGORITMO)



Fonte: SESAB/CEDEBA, 2014
Diretrizes SBD, 2013 -2014



ASSISTÊNCIA AO DIABETES GESTACIONAL

Epidemiologia:

No Brasil, a prevalência do DMG em mulheres > 20 anos, atendidas no SUS é de 7,6% (OMS). Deste total 94% dos casos apresenta apenas tolerância diminuída a glicose e 6% hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez. Ocorre entre 3% a 25% das gestações

Conceito:

É definido como qualquer intolerância à glicose de **magnitude variável**, com início ou diagnóstico durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto.

Fatores de risco:

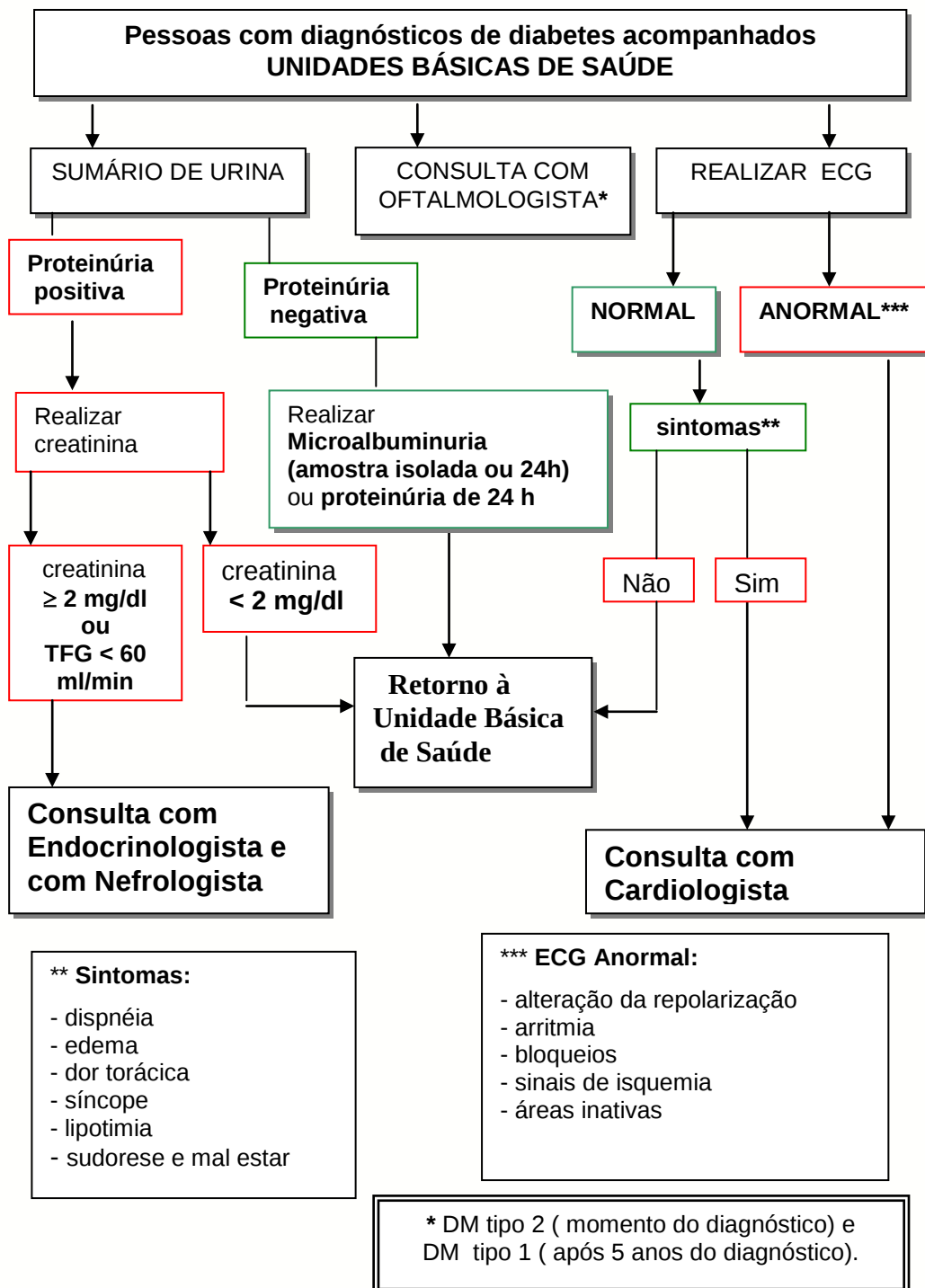
- Idade superior a 35 anos;
- Obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual
- Deposição central excessiva de gordura corporal;
- História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau;
- Baixa estatura (< 1,50 cm.);
- Síndrome de Ovários Policísticos
- Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclampsia na gravidez atual;
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neo natal, macrosomia ou diabetes gestacional.

Conduta:

- Orientações dietéticas próprias para diabéticos considerando o IMC;
- Estímulo à atividade física de baixo impacto como caminhadas regulares;
- Controle glicêmico semanal com glicemia capilar de jejum e pós-prandial;
- O tratamento com insulina deve ser indicado se após duas semanas de dieta os níveis glicêmicos permanecerem elevados, jejum ≥ 95 mg/dl, 1 hora pós-prandial ≥ 140 mg/dl ou 2 horas pós-prandiais ≥ 120 mg/dl. Se não for possível encaminhar para unidade de referência iniciar com dose de insulina NPH em torno de 0,3 a 0,5 U/Kg, preferencialmente em mais de uma dose diária. As necessidades insulínicas tendem aumentar progressivamente durante a gravidez;
- O emprego de antidiabéticos orais na gravidez encontra-se ainda em fase de estudo e não aprovado para prescrição.
- Análogos de Insulina liberados para uso na gestação: Detemir, Aspat e Lispro



CRITÉRIOS PARA CONSULTAS ESPECIALIZADAS (ALGORITMO)

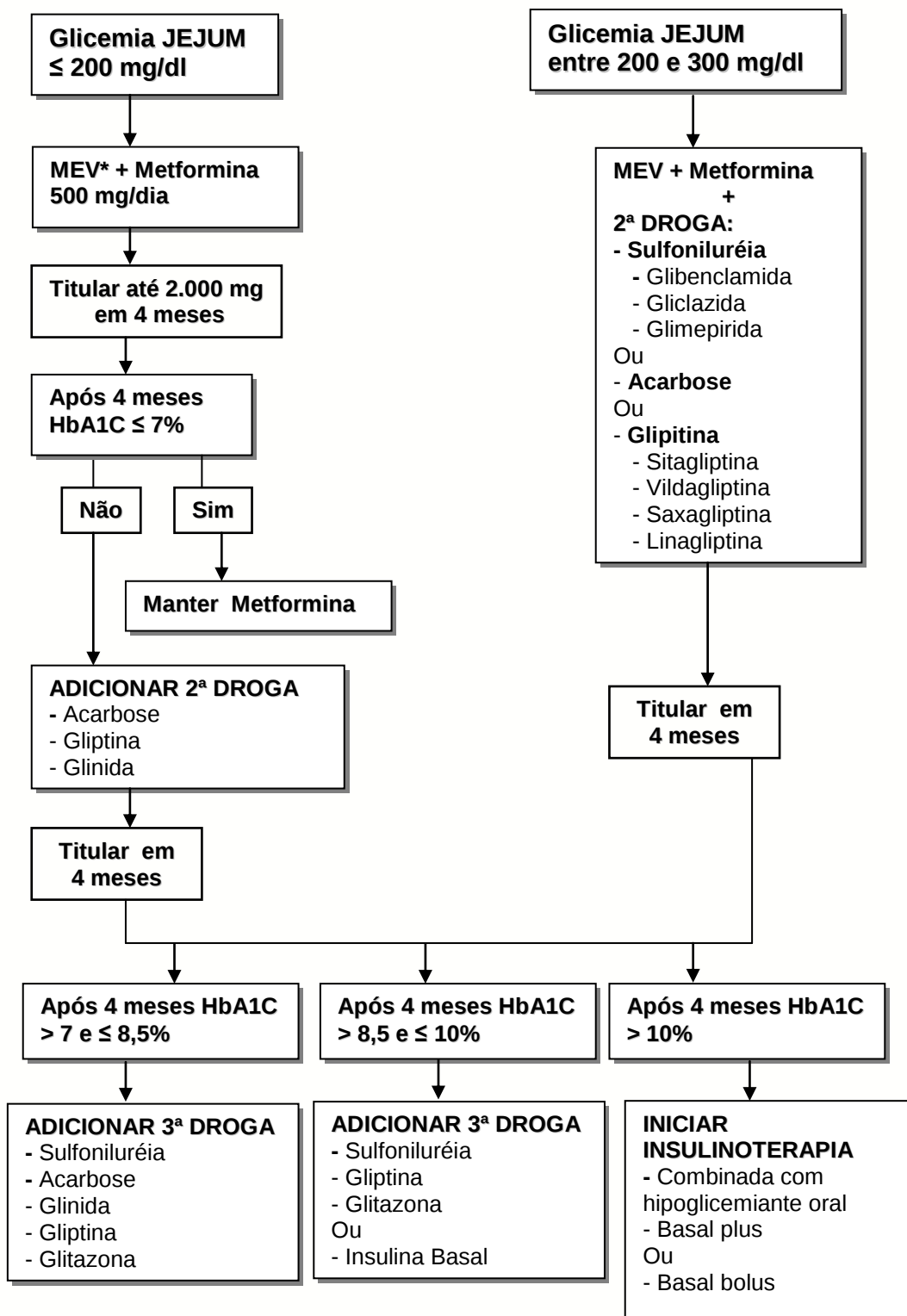


Obs: As pessoas com DM deverão submeter-se ao SUMÁRIO DE URINA 2 X ANO e MICROALBUMINÚRIA ou PROTEINÚRIA de 24 HORAS 1 X ANO.

Fonte: SESAB/CEDEBA/CODAR,2014



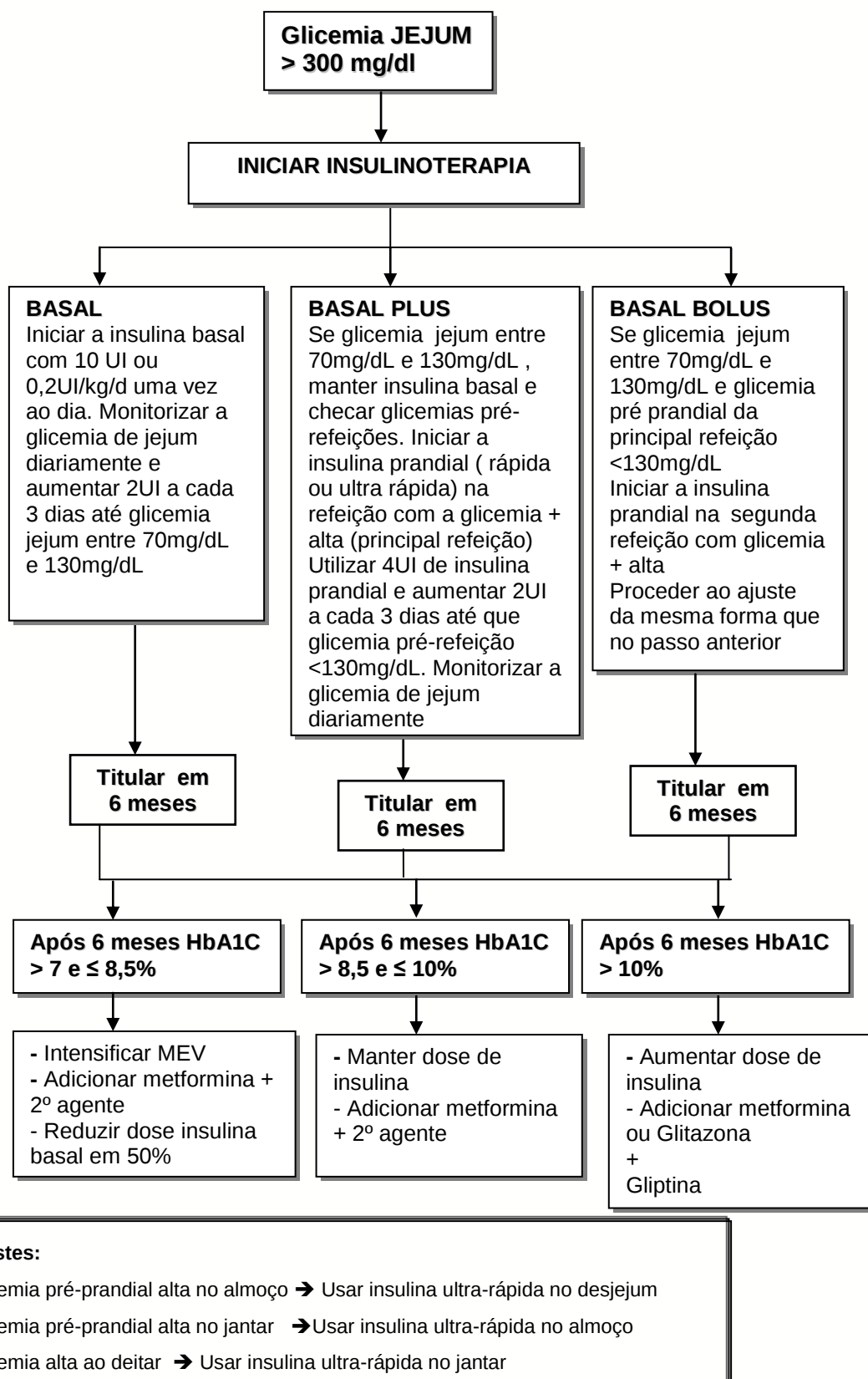
TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 (ALGORITMO PRINCIPAL)



*MEV: Modificação do Estilo de Vida

Fonte: SESAB/CEDEBA, 2014

TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 (ALGORITMO PRINCIPAL)





METAS DO TRATAMENTO DO DM TIPO 2

<i>Glicose Plasmática</i> (mg/dl)	
Jejum	70 a 130
2 horas pós-prandial	≤ 160
Glicohemoglobina (%)	< 7%
<i>Colesterol</i> (mg/dl)	
Total	< 200
HDL	> 45
LDL	< 100 (sem DAC)
LDL	< 100 (com DAC)
Triglicérides	< 150
<i>Pressão Arterial</i> (mmHg)	
Sistólica	< 130
Diastólica	< 80
<i>Índice de Massa Corporea</i> (Kg m ²)	
	≥ 20 e < 25
<i>Circunferencia Abdominal</i> (cm)	
Homens	≤ 94
Mulheres	≤ 80

Fonte: SESAB/CEDEBA/CODAR, 2014



TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA DM TIPO 2

DROGA (DOSE MINIMA E MÁXIMA)	MECANISMO DE AÇÃO	REDUÇÃO GLICEMIA JEJUM (mg/dl)	REDUÇÃO DA HbA1c (%)	CONTRA INDICAÇÃO
SULFONILUREIAS				
Glibenclamida (2,5 a 20 mg)	Aumento da secreção de insulina	60 a 70	1,5 a 2,0	Gravidez, insuficiência renal ou hepática
Gliclazida MR (30 a 120 mg)				
Glimepirida (1 a 8 mg)				
GLINIDAS				
Repaglinida (0,5 a 12 mg)	Aumento da secreção de insulina	20 a 30	1,0 a 1,5	Gravidez
Nateglinida (120 a 360 mg)				
BIGUANIDA				
Metformina (500 a 2.550 mg)	Reduz a produção hepática de glicose com menor ação sensibilizadora da ação de insulina	60 a 70	1,5 a 2,0	Gravidez; insuficiências renal, hepática, cardíaca, pulmonar e acidose grave
INIBIDORES DA ALFAGLICOSIDASE				
Acarbose (50 a 300 mg)	Retarda a absorção de carboidratos	20 a 30	0,5 a 0,8	Gravidez
GLITAZONAS				
Pioglitazona (15 a 45 mg)	Aumento da sensibilidade à insulina em músculo, adipócito e hepatócito	35 a 65	0,5 a 1,4	Gravidez, insuficiência cardíaca classe III e IV, insuficiência hepática
INIBIDORES DA DPP-IV (GLIPTINAS)				
Sitagliptina (50 a 100 mg)	Aumento do nível de GLP-1, com aumento da síntese e secreção de insulina, além da redução de glucagon	20 a 50	0,6 a 0,8	Hipersensibilidade aos componentes da droga
Vildagliptina (50 a 100 mg)				
Saxagliptina (2,5 a 5,0 mg)				
Linagliptina (5mg)				
ANÁLOGO DO GLP-1				
Liraglutida (0,6 a 1,8 mg)	Efeitos a cima relatados em resposta a dose farmacológica do análogo com ação	20-50	0,8 a 1,2	Hipersensibilidade aos componentes da droga
GLIFOZINAS				
Dapaglifozina (10 mg)	Aumenta a excreção de glicose pelo rim	30-50	0,8 a 1,2	Hipersensibilidade aos componentes da droga

Fonte: SESAB/CEDEBA, 2014



PARÂMETROS PARA A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DM TIPO 2

Procedimento	Trimestral	Semestral	Anual
HEMOGLOBINA GLICOSILADA		X	
SUMÁRIO DE URINA		X	
MICROALBUMINÚRIA			X
FUNDOSCOPIA			X
ELETROCARDIOGRAMA			X
* CONSULTA MÉDICA	X		
* CONSULTA ENFERMAGEM	X		
EXAMES DOS PÉS: neuropatia ausente			X
PERFIL LIPÍDICO (se normal)			X
CREATININA (se normal)			X

CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA - DRC

Estágio	Função renal	Taxa de Filtração Glomerular – TFG (ml/min)
0	Grupo de risco: sem lesão renal, função normal	>90
1	Lesão renal (microalbuminúria, proteinúria), função renal preservada, com fatores de risco. Hiperfiltração, hipertrofia renal, aumento da TFG	>90
2	Lesão renal com insuficiênciarenal leve. Espessamento da membrana basal, clinicamente silencioso	60 – 89
3	Lesão renal com insuficiênciarenal moderada. Nefropatia incipiente, microalbuminúria, hipertensão arterial, redução da filtração glomerular	30 – 59
4	Lesão renal com insuficiênciarenal grave. Início e estabelecimento da nefropatia diabética. Aumento progressivo da proteinúria com redução da TFG (10ml/min/ano). Ocorrência de síndrome nefrótica	15 – 29
5	Lesão renal com insuficiênciarenal terminal ou dialítica.	<15

$$\text{TFG (mL/min)} = \frac{[140 - \text{idade (anos)}] \times \text{peso (Kg)}}{\text{Creatinina sérica (mg/dL)} \times 72} \times 1,0 \text{ (se H) ou } 0,85 \text{ (se M)}$$

Fonte: SESAB/CEDEBA/CODAR, 2014



RECOMENDAÇÕES RELACIONADAS À PREVENÇÃO A AO DIAGNÓSTICO DO PÉ DIABÉTICO

AVALIAR OS CONHECIMENTOS, HABILIDADES, BARREIRAS/ LIMITAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DIABETES.

ASSEGURAR QUE AS PESSOAS COM DM E FAMILIARES RECONHEÇAM OS RISCOS DAS COMPLICAÇÕES EM PÉS RELACIONADOS AO DM E MEDIDAS PARA PREVENI-LOS.

PESSOAS COM DM, CUIDADORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE DEVEM RECONHECER QUE A PERDA DA SENSIBILIDADE PROTETO RA É O PRINCIPAL FATOR DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS PLANTARES.

CLASSIFICAR A PESSOA COM DM NA CATEGORIA DE RISCO DIRECIONA AS MEDIDAS PREVENTIVAS, TERAPEUTICAS E DE SEGMENTO.

PROMOVER ALÍVIO DE PRESSÃO EM REGIÃO PLANTAR.

PROPORCIONAR ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE ATIVIDADES FÍSICAS APROPRIADOS AOS CUIDADOS COM OS PÉS MEDIANTE AS NECESSIDADES INDIVIDUAIS E CATEGORIA DE RISCO IDENTIFICADO.

Fonte: SESAB/CEDEBA/GT Pé Diabético , 2014



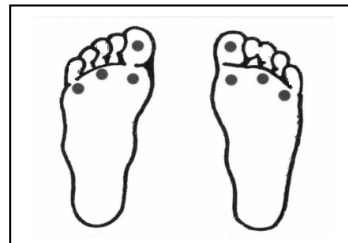
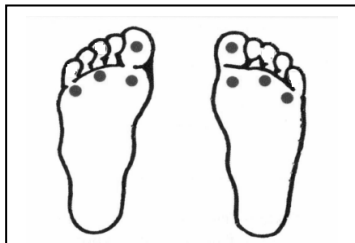
USO DO MONOFILAMENTO SEMMES-WEINSTEIN DE 10 G

PROCEDIMENTO

1. Teste **quatro pontos**: hálus (falange distal); 1º, 3º e 5º dedos (cabeças metatarsianas).

Sensação Protetora Plantar:

01 () pontos negativos = **Presente** $\geq$ 01 () pontos negativos = **Ausente**



2. Incapacidade do paciente de sentir o filamento de 10 g em **(01)** um ponto, demonstra perda de sensibilidade protetora, ou seja, a ausência de proteção nos pés. Confirme a identificação do local testado.
3. O monofilamento deve ser utilizado cuidadosamente, da seguinte maneira:
 - Mostre o filamento ao paciente e aplique-o em sua mão para que reconheça o tipo de estímulo. Explique detalhadamente em que consiste o teste;
 - Solicite ao paciente para manter os olhos fechados durante o teste;
 - Peça ao paciente para prestar atenção e simplesmente responder “sim” ao sentir o filamento ou “não” se não sentir;
 - Ao aplicar o monofilamento, mantenha-o perpendicularmente à superfície testada (90º) a uma distância de 1-2 cm; com um movimento suave, faça-o curvar-se sobre a pele e retire-o. A duração total do procedimento, do contato com a pele e da remoção do monofilamento, não deve exceder dois segundos;
 - Se o monofilamento escorregar pelo lado, desconsidere a eventual resposta do paciente e teste o mesmo local novamente mais tarde;
 - Use uma sequência ao acaso nos locais de teste;
 - Havendo áreas ulceradas, necróticas, cicatriciais ou hiperkeratóticas, teste o perímetro da mesma;
 - Se o paciente não responder à aplicação do filamento num determinado local, continue a sequência e volte posteriormente àquele local para confirmar;
 - Conserve o filamento protegido, cuidando para não amassá-lo ou quebrá-lo, se necessário, limpe-o com solução de hipoclorito de sódio a 1:10;
 - Cada monofilamento deverá que ser usado a cada 10 (dez) paciente por dia e um “repouso” de 24 horas. Tem meia vida de 500 horas se usado em boas condições;
 - Demora algum tempo para que as pessoas idosas se orientem para o que está sendo feito. Evite perguntar sobre a sensibilidade do monofilamento no local para não induzir a resposta. *Na presença de calos/calosidades, avaliar a região circundante, pois os pacientes provavelmente não sentirão o monofilamento nestas regiões.*

Elaboração texto: SEBAB/CEDEBA/ GT Pé Diabético, 2014
Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes- 2012-2013



AValiação e Acompanhamento Multiprofissional Pé Diabético

CONSULTA INICIAL – (FRENTE)

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

Endereço _____

Nº matricula(Unidade) _____ Nº Cartão SUS _____

Data da consulta ____/____/____ Tipo DM 1 () 2 () DMG ()

Tempo do diagnóstico <1 ano () 1-5 anos () 5-10 () >10 ()

INSPEÇÃO

P = PRESENTE A = AUSENTE E = ESQUERDA D = DIREITA

deformidade E () D () calosidade E () D () pele seca E () D ()

fissura E () D () rachaduras E () D () maceração interdigital E () D ()

unhas encravadas ou encavaladas E () D () deformidade óssea E () D ()

úlceras prévias E () D () diminuição ou ausência de pelo E () D ()

amputação prévia (cicatrizada) abaixo do tornozelo E () D ()

pele fria (extremidades) E () D ()

PALPAÇÃO DE PULSOS

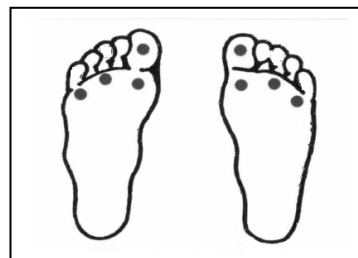
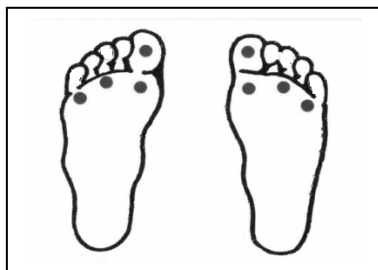
P = PRESENTE A = AUSENTE E = ESQUERDA D = DIREITA

Pulso tibial posterior E () D () Pulso pedioso E () D ()

TESTE DO MONOFILAMENTO 10 gs

Sensação Protetora Plantar:

< 01 () pontos negativos = **Presente** ≥ 01 () pontos negativos = **Ausente**



RISCO 0 ()

RISCO 1 ()

RISCO 2 ()

RISCO 3 ()



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

CONSULTA INICIAL – (VERSO)

*Classificação de Risco e Referência e Segmento, Guia de Bolso para Exames dos Pés, SBD

Risco	Definição
0	Sem Perda de Sensibilidade Protetora . Sem Doença Arterial Periférica
1	Com Perda de Sensibilidade Protetora e/ou Deformidades
2	Com Perda de Sensibilidade Protetora e/ou Doença Arterial Periférica
3	Histórico de ulcera ou amputação

Fonte: *Guia de Bolso para Exames dos Pés, SBD 2012-2013 .

Protetora (teste do monofilamento 10 gr alterado) e outro teste: diapasão 128 Hz (sensibilidade vibratória) ou, palito ou pino (sensibilidade dolorosa), DAP: Doença Arterial Periférica (palpação de pulsos).

AVALIAÇÃO DO CALÇADO

Uso de calçado apropriado	SIM ()	NÃO ()
---------------------------	---------	---------

PRESCRIÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE**

**Classificação de Risco e Referência e Segmento, Guia de Bolso para Exames dos Pés, SBD

Risco	Recomendações de Tratamento	Seguimento de Avaliação
0	Educação para o paciente votado para o auto cuidado	Anual (médico clínico e/ou especialista)
1	Considerar o uso de sapato especiais; considerar cirurgia profilática se a deformidade não for acomodada ; educação do paciente	Cada 3-6 meses (por médico especialista)
2	Considerar o uso de sapatos; consulta e seguimento com cirurgião vascular	Cada 2-3 meses(por médico especialista)
3	Como em 1,seguimento combinado com vascular	Cada 1-2 meses(por médico especialista)

Fonte: *Guia de Bolso para Exames dos Pés, SBD 2012-2013

ENCAMINHAMENTOS (se necessário):

Assinatura/carimbo

/ /
Data

Nota técnica: este formulário deverá ser usado sempre na primeira consulta

Fonte: SESAB/CEDEBA/codar,2014



Avaliação e Acompanhamento Multiprofissional Pé Diabético
CONSULTA SUBSEQUENTE (FRENTE)

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____
Nº matrícula(Unidade) _____ Nº Cartão SUS _____
Data da consulta ____/____/____

INSPEÇÃO

P = PRESENTE A = AUSENTE E = ESQUERDA D = DIREITA
deformidade E () D () calosidade E () D () pele seca E () D ()
fissura E () D () rachaduras E () D () maceração interdigital E () D ()
unhas encravadas ou encavaladas E () D () deformidade óssea E () D ()
úlceras prévias E () D () diminuição ou ausência de pelo E () D ()
amputação prévia (cicatrizada) abaixo do tornozelo E () D ()
pele fria (extremidades) E () D ()

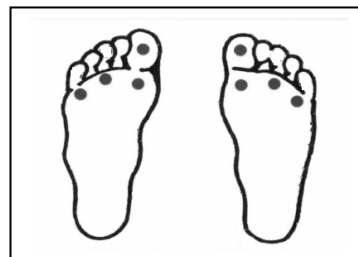
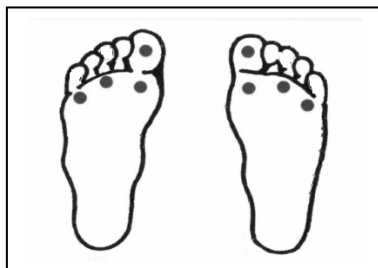
PALPAÇÃO DE PULSOS

P = PRESENTE A = AUSENTE E = ESQUERDA D = DIREITA
Pulso tibial posterior E () D () Pulso pedioso E () D ()

TESTE DO MONOFILAMENTO 10 gs

Sensação Protetora Plantar:

< 01 () pontos negativos = **Presente** ≥ 01 () pontos negativos = **Ausente**



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO*(CONSULTA ANTERIOR)

RISCO 0 () RISCO 1 () RISCO 2 () RISCO 3 ()



CONSULTA SUBSEQUENTE (VERSO)

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO*(CONSULTA ATUAL)

RISCO 0 () RISCO 1 () RISCO 2 () RISCO 3 ()

AVALIAÇÃO DO CALÇADO

Uso de calçado apropriado SIM () NÃO ()

PRESCRIÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE**

**Classificação de Risco e Referência e Segmento, Guia de Bolso para Exames dos Pés, SBD

Risco	Recomendações de Tratamento	Seguimento de Avaliação
0	Educação para o paciente votado para o auto cuidado	Anual (médico clínico e/ou especialista)
1	Considerar o uso de sapato especiais; considerar cirurgia profilática se a deformidade não for acomodada ; educação do paciente	Cada 3-6 meses (por médico especialista)
2	Considerar o uso de sapatos; consulta e seguimento com cirurgião vascular	Cada 2-3 meses(por médico especialista)
3	Como em 1,seguimento combinado com vascular	Cada 1-2 meses(por médico especialista)

Fonte: *Guia de Bolso para Exames dos Pés, SBD 2012-2013

ENCAMINHAMENTOS (se necessário):

Assinatura/carimbo

Data

Nota técnica: este formulário deverá ser usado sempre na primeira consulta

Fonte: SESAB/CEDEBA/CODAR,2014



PROTOCOLO CLÍNICO PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA RETINOPATIA DIABÉTICA (RD)

1. CLASSIFICAÇÃO da RD

- a. Retinopatia diabética não proliferativa leve (RDNP leve)
- b. Retinopatia diabética não proliferativa moderada (RDNP moderada)
- c. Retinopatia diabética não proliferativa severa (RDNP severa)
- d. Retinopatia diabética proliferativa (RDP)
- e. Retinopatia diabética proliferativa avançada (RDP avançada)
- f. Maculopatia diabética (quando presente em qualquer um dos estágios deve ser descrita)

2. SINAIS CLÍNICOS

a. Retinopatia diabética não proliferativa leve

Presença de microaneurismas

b. Retinopatia diabética não proliferativa moderada

Achados mais abundantes que na RDNP leve, e menos que na RDNP severa. Presença de algumas hemorragias retinianas superficiais e puntiformes, exsudatos duros e microaneurismas.

c. Retinopatia diabética não proliferativa severa

Presença de um dos seguintes achados: manchas algodonosas, alterações venosas (ensalsichamento e looping venoso), anormalidades microvasculares intra-retinianas (IRMA) e várias hemorragias intra-retinianas profundas nos 4 quadrantes.

d. Retinopatia diabética proliferativa

Presença de neovasos e / ou hemorragia vítrea ou pré-retiniana

e. Retinopatia diabética proliferativa avançada

DR tracional, Hemorragia vítrea significativa e persistente, glaucoma neovascular

f. Maculopatia diabética

Presença de isquemia e/ou edema na região macular (esta, definida como área de cerca de 5,5 mm de diâmetro, dentro das arcadas vasculares temporais, no pólo posterior). No contexto da RD, a suspeita de isquemia macular deve ocorrer diante de mácula sem alterações significativas e má acuidade visual que não pode ser explicada por outra condição. A confirmação diagnóstica requer a realização da angiofluoresceinografia (AFG).

O edema macular pode ser **focal** ou **difuso**:

a. Focal

Espessamento retiniano bem circunscrito, associado a círculo completo, ou incompleto, de exsudatos.

b. Difuso

Espessamento difuso da mácula.

O termo **edema macular clinicamente significativo (EMCS)** deve ser



usado para descrever o edema macular que se enquadre em uma das seguintes situações:

- a. Espessamento da retina dentro de 500 μm (área de cerca de 1/3 do diâmetro do disco óptico dd) do centro da mácula.
- b. Exsudatos dentro de 500 μm do centro da mácula, se associados a espessamento retiniano, o qual pode estar fora da área de 500 μm .
- c. Espessamento da retina com extensão total maior ou igual a 1 dd, desde que tenha alguma parte localizada dentro de 1500 μm (área de 1dd) do centro macular.

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico e classificação da RD deve ser feito :

- a. **Oftalmoscopia Binocular Indireta (OBI)**
- b. **Biomicroscopia de Fundo (BIO de fundo)**

Indicações da **Retinografia Simples** :

- a. Método diagnóstico
- b. Documentação em qualquer estágio da RD
- c. Pacientes selecionados para tratamento

Indicações da **Angiofluorescencografia (AGF) ou Retinografia Fluorescente**:

- a. Edema macular clinicamente significativo (EMCS) antes do tratamento
- b. Suspeita de neovascularização de difícil identificação pela OBI ou BIO de fundo
- c. Estudo da perfusão capilar e diagnóstico da maculopatia isquêmica

Indicações da **Tomografia de Coerência Óptica (OCT) Mácula**

- a. Qualquer tipo de edema macular
- b. Pacientes selecionados para tratamento
- c. Seguimento terapia intra-vítrea anti-angiogênico e/ ou corticosteróide

4. TRATAMENTO DA RD

Indicações:

- A. Retinopatia diabética não proliferativa severa (RDNP severa)
- B. Retinopatia diabética proliferativa (RP)
- C. EMCS



5. SEGUIMENTO

Após a avaliação inicial, o paciente diabético deve ser avaliado com a seguinte periodicidade :

□□□□ Ausência de RD ou RDNP leve a moderada sem maculopatia = Avaliação Anual

□□□□ RDNP leve a moderada com edema macular, deve ser reavaliado a cada 3-6 meses.

□□□ Quando submetido a fotocoagulação para EMCS, deve ser reavaliado em 12-16 semanas.

□□ Quando submetido a fotocoagulação para RD pré-proliferativa ou RDP, deve ser reavaliado em 4-8 semanas.

Quando submetido a ITV, após se ter submetido às 3 injeções iniciais deve ser reavaliado em 30, 60, 90 e 180 dias da última injeção.

6. REFERÊNCIAS

BOSCO, A.; GONÇALVES, E.R. Diabetes Mellitus: Prevenção e Tratamento da Retinopatia. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2004.

HO, A.C.; SCOTT, I.U.; KIM, S.J.; BROWN, J.C.; BROWN, M.M.; IP, S.M.; RECCHIA, F.M. Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Pharmacotherapy for Diabetic Macular Edema. A report by the American Academy of Ophthalmology. Ophthalmology, v. 119, p.2179-2188, 2012.

KANSKI, J.J. Clinical Ophthalmology. 7.ed., Londres, Elsevier Butterworth-Heinemann, 2011. Cap 13.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013/2014

Fonte: SESAB/CEDEBA/Serviço de Oftalmologia, 2014



TRATAMENTO DA HIPOGLICEMIA

1.Objetivo

Tratar hipoglicemias de forma eficaz, reduzindo os riscos relacionados ao evento.

2. Justificativa

A hipoglicemia é evento frequente em pacientes diabéticos em tratamento com hipoglicemiantes (oral ou insulina), podendo acarretar danos irreversíveis caso os níveis de glicemia não sejam corrigidos de imediato, além de ocasionar hipoglicemia reativa.

3.Metas Glicêmicas

- Glicemia jejum: 70 a 130 mg/dL
- Glicemia Pós-prandiais (2 horas): <160 mg/dL
- HbA1c <7%

4.Aplicação

Destina-se às unidades ambulatoriais que atendem pacientes diabéticos

5.Definições

Hipoglicemia pode ser definida como:

- Glicemia <60 mg/dL, e /ou
- Sintomas adrenérgicos: palidez, palpitações, sudorese, fome, ansiedade, agitação, e /ou
- Sintomas neuroglicopênicos: irritabilidade, fadiga, distúrbios da concentração, cafaléia, sonolência, parestesias, distúrbios psiquiátricos, distúrbios visual, distúrbio transitório motor e sensorial, convulsão e coma.

6.Método

- Preferir a via oral para correção da hipoglicemia se o paciente estiver consciente.
- Não utilizar a via oral para correção da hipoglicemia se o paciente estiver em uso de medicamentos que reduzam a absorção da glicose (P. Ex. Acarbose – Glucobay)

7.Etapas

- Se o paciente conseguir ingerir sólido ou líquido, oferecer 15g de carboidrato se glicemia entre 40 e 60 mg/dL e/ou sintomas adrenérgicos e oferecer 30g de carboidrato se glicemia entre <40 mg/dL na ausência de sintomas neuroglicopênicos (tabletes de glicose ou xarope de milho, em pacientes tratados com inibidores da alfa-glucosidase). Na presença de sintomas neuroglicopênicos, preferir a correção por via venosa.
- **Fontes de Carboidratos (15 gramas):** 03 tabletes de glicose; 15 gramas de gel de glicose; 03 sachês ou 01 colher de sopa de mel; 01 colher de sopa de xarope de milho; 01 colher de sopa de açúcar; ½ copo de refrigerante regular.
- Em pacientes com sintomas neuroglicopênicos, que não podem ou que não querem degludir, ou que não responderam ao tratamento oral, iniciar administração de glicose IV ou glucagon.



- **Dose de glicose IV:** bolus inicial de 10 a 20 mL de glicose 50% seguido por solução glicosada 5 ou 10%, 100mL/ hora até melhorar do quadro.
- **Dose de glucagon IM:** adolescentes e adultos, 01 mg (01mL); crianças, 0,5 mg (0,5 mL) ou 15 mg/Kg.
- Dosar glicemia após 15 minutos da ingesta de carboidrato, se glicemia <100mg/dL ofertar mais de 15 a 30g de carboidrato. Caso a glicemia seja inferior ao valor inicial, iniciar correção parenteral. Repetir glicemia entre 15 a 30 minutos, se glicemia <100mg/dL, solicitar avaliação médica. Pacientes com tratamento parenteral, fazer controle glicêmico cada 15 a 30 minutos;
- Quando glicemia >100mg/dL liberar o paciente e orientar fazer lanche / refeição do horário conforme orientação nutricional.

8. Responsabilidade

8.1 Cabe ao Médico

- Prescrever medicação parenteral quando necessário para a correção imediata da hipoglicemia (médico PAE)
- Avaliar o perfil glicêmico para nortear os ajustes necessários nas doses de insulina basal ou hipoglicemiantes orais (médicos PAE ou assistente);
- Observar a resposta glicêmica de cada paciente adequando, se necessário, as doses de insulina rápida (médico PAE ou assistente).

8.2 Cabe ao Enfermeiro

- Identificação e correção da hipoglicemia por via oral;
- Monitoramento da resposta à terapêutica oral: caso não se obtenha níveis de glicemia >100 mg/dL após a segunda ingesta de carboidrato solicitar avaliação médica para tratamento parenteral;
- Aprazamento e administração de medicamentos por via parenteral;
- Orientação do paciente para auto – aplicação e observação de efeitos relacionados ao uso das insulinas (alergias, hipoglicemias).

8.3 Cabe ao Técnico ou Auxiliar de Enfermagem

- Administração e registro no prontuário do tratamento realizado;
- Orientação do paciente para auto – aplicação, observação de efeitos relacionados ao uso das insulinas (alergias, hipoglicemias).

Fonte: SESAB/CEDEBA, 2014



WORLD DIABETES FOUNDATION



INSTRUÇÕES PARA ABERTURA DE PROCESSO DE SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA E DE CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO

Os processos de solicitação de tratamento com análogos de insulina seguem as diretrizes do Protocolo Técnico para a Dispensação de Análogos de insulina de Ação Basal e Ultra-rápida, regulamentado através da Portaria Nº 1603 de 14 de novembro de 2012 (Anexo 1).

- ♦ Todos os formulários (FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA; FORMULÁRIO PARA CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA; TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA USO DE ANÁLOGOS DE INSULINA) deverão ser entregues no original, devidamente preenchido em todos os seus campos, sem rasuras, com as devidas assinaturas e carimbos;
- ♦ Os documentos pessoais e exames solicitados deverão ser apresentados no original e Xerox ou Xerox autenticada;
- ♦ As solicitações de tratamento deverão ser entregues ao CEDEBA/CEDAI (Central de Dispensação de Análogos de insulina);
- ♦ A comissão técnica a que couber a análise do processo é reservado o direito de solicitar a presença do paciente para avaliação clínica e/ou laboratorial complementar;
- ♦ A dispensação dos análogos será feita no CEDEBA **diretamente** ao paciente ou responsável legal;
- ♦ Os pedidos para continuação de tratamento, devidamente preenchido pelo médico assistente, deverão ser entregues **semestralmente** ao CEDEBA/CEDAI, através de formulário-padrão simplificado (FORMULÁRIO PARA CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA);
- ♦ ***Para abertura de processo deverão ser apresentados os seguintes documentos:***
 1. Documentos pessoais do paciente:



WORLD DIABETES FOUNDATION



- 1.1 Identidade e CPF (original e cópia **c**);
 - 1.2 Comprovante de residência – preferencialmente telefone, água ou luz em nome do paciente ou responsável (original e cópia **ou** xerox autenticada);
 - 1.3 Cartão Nacional de Saúde - CNS (cópia);
 - 1.4 Termo de Consentimento Informado com os campos destinados ao paciente preenchido e assinado;
 - 1.5 Resultado dos exames constantes do Formulário (glicemia e HbA1c) sendo o último com até 90 (noventa) dias (original e cópia **ou** xerox autenticada);
2. Documentos preenchidos pelo médico assistente:
 - 2.1 Formulário para Solicitação de Tratamento com Análogos de Insulina;
 - 2.2 Termo de Consentimento Informado com os campos destinados ao médico preenchido, assinado e carimbado;
 - 2.3 Receita médica com nome genérico em 02 (duas) vias;
 - 2.4 Relatório médico no caso de pacientes acamados e/ou com limitações físicas ou mentais, que comprove tal limitação e indique a necessidade de responsável legal para representá-lo junto ao CEDEBA/CEDA;
 - 2.5 Relatório médico, em papel timbrado, datado, assinado e carimbado; constando o(s) diagnóstico(s), características clínicas e evolução da doença, indicação do tratamento, esquemas prévios com insulina (tipo, dosagem).

♦ ***Para processo de continuação de tratamento deverão ser apresentados os seguintes documentos:***

1. Documentos pessoais do paciente:
 - 1.1 Comprovante de residência – preferencialmente telefone, água ou luz em nome do paciente ou responsável (original e cópia), quando houver mudança;
 - 1.2 Resultado dos exames constantes do Formulário (glicemia e HbA1c) sendo o último com até 30 (trinta) dias (original e cópia **ou** xerox autenticada);
2. Documentos preenchidos pelo médico assistente:
 - 2.1 Formulário para Continuação de Tratamento com Análogos de Insulina;
 - 2.2 Receita médica com nome genérico em 02 (duas) vias;



- 2.3 Relatório médico no caso de pacientes acamados e/ou com limitações físicas ou mentais, que comprove tal limitação e indique a necessidade de responsável legal para representá-lo junto ao CEDEBA;
- 2.4 Relatório médico, em papel timbrado, datado, assinado e carimbado; evolução da doença, intercorrências, indicação Da manutenção do tratamento, alterações no esquema de tratamento com insulina (tipo, dosagem).

OBS: NÃO SERAM ACEITOS FORMULÁRIOS, TERMO DE CONSENTIMENTO E DOCUMENTOS INCOMPLETOS, SEM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO.

INSTRUÇÕES PARA ABERTURA DE PROCESSO DE SOLICITAÇÃO DE **TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA** E DE CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO: 1ª REVISÃO. PUBLICADO EM 31 /01/2014



WORLD DIABETES FOUNDATION





FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA

DADOS DO(A) PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
DD/MM/AAA

SEXO: M ☐ F ☐

TELEFONE: () _____

RG: _____

Foto Cópia Obrigatória

CPF: _____ CNS: _____

Foto Cópia Obrigatória

Foto Cópia Obrigatória

ENDEREÇO: _____

Nº: _____ CEP: _____ CIDADE: _____

Comprovante de Residência Obrigatório

DADOS DO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE

NOME: _____ CRM: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: () _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

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

COMPLICAÇÕES CRÔNICAS

Retinopatia ☐ Não ☐ Sim ☐ Não avaliado Nefropatia ☐ Não ☐ Sim ☐ Não avaliado

Nefropatia ☐ Não ☐ Sim ☐ Não avaliado Neuropatia ☐ Não ☐ Sim ☐ Não avaliado

DCV ☐ Não ☐ Sim ☐ Não avaliad

Doença cardio-vascular

COMPLICAÇÕES AGUDAS (Histórico)

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

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

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

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

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

Paciente já recebeu orientação nutricional: ☐ Não ☐ Sim

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

Comentários:



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

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 90 dias da data do preenchimento do formulário)

Datas	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Glicemia mg/dl				
HbA1C*				

*Método laboratorial HPLC.

TRATAMENTO ATUAL

Medicamento Hipoglicemiante	Data de início do tratamento

Fez ou esta 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

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

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

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

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

Fez **uso prévio de insulina NPH** por pelo menos 06 meses? N ☐ S ☐

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

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

MEDICAMENTO (S) PRETENDIDO (S)

Análogo de ação ultra-rápida: ☐ LISPRO ☐ ASPART ☐ GLULISINA

Dose total diária pretendida: Unidades

Análogo de ação basal: ☐ GLARGINA ☐ DETEMIR

Dose total diária pretendida: Unidades

* Anexar receita médica em 02 (duas) vias



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



☐ Afirmo que li o Protocolo Técnico para Dispensação de Análogos de Insulina de Ação Basal e Ultra-rápida, 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

☐ LISPRO	dose total mensal: Unidades	dose trimestral: Unidades
☐ ASPART	dose total mensal: Unidades	dose trimestral: Unidades
☐ GLULISINA	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 dos avaliadores do núcleo
de análogos



FORMULÁRIO PARA CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA

DADOS DO(A) PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
DD/MM/AAA

SEXO: M ☐ F ☐

TELEFONE: () _____

RG: _____

Foto Cópia Obrigatória

CPF: _____ CNS: _____

Foto Cópia Obrigatória

Foto Cópia Obrigatória

ENDEREÇO: _____

Nº: _____ CEP: _____ CIDADE: _____

Comprovante de Residência Obrigatório

DADOS DO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE

NOME: _____ CRM: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: () _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

COMPLICAÇÕES CRÔNICAS

Retinopatia ☐ Não ☐ Sim ☐ Não avaliado Nefropatia ☐ Não ☐ Sim ☐ Não avaliado

Nefropatia ☐ Não ☐ Sim ☐ Não avaliado Neuropatia ☐ Não ☐ Sim ☐ Não avaliado

DCV ☐ Não ☐ Sim ☐ Não avaliad

Doença cardio-vascular

COMPLICAÇÕES AGUDAS (Histórico)

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

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

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

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

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

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

Paciente já recebeu orientação nutricional: ☐ Não ☐ Sim

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

Comentários:



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

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 90 dias da data do preenchimento do formulário)

Datas	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Glicemia mg/dl			
HbA1C*			

*Método laboratorial HPLC.

TRATAMENTO ATUAL

Medicamento Hipoglicemiante	Data de início do tratamento

MEDICAMENTO (S) PRETENDIDO (S)

Análogo de ação ultra-rápida: ☐ LISPRO ☐ ASPART ☐ GLULISINA

Dose total diária pretendida: Unidades

Análogo de ação basal: ☐ GLARGINA ☐ DETEMIR

Dose total diária pretendida: Unidades

* Anexar receita médica em 02 (duas) vias

☐ Afirmo que li o Protocolo Técnico para Dispensação de Análogos de Insulina de Ação Basal e Ultra-rápida, 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



Secretaria da Saúde



WORLD DIABETES FOUNDATION



AValiação DO Núcleo DE Análogos – CEDEBA – SESAB

Avaliação final do processo ☐ Deferido ☐ Indeferido

Medicamento

☐ LISPRO dose total mensal: Unidades dose trimestral: Unidades

☐ ASPART dose total mensal: Unidades dose trimestral: Unidades

☐ GLULISINA 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 dos avaliadores do núcleo
de análogos

INSTRUÇÕES PARA ABERTURA DE PROCESSO DE SOLICITAÇÃO DE **TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA** E DE CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO: 1ª REVISÃO. PUBLICADO EM 31 /01/2014