



FORMULÁRIO PARA MANUTENÇÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA

DADOS DO(A) PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ SEXO: M F TELEFONE: () _____
DD/MM/AA

RG: _____ CPF: _____ CNS: _____
Foto Cópia Obrigatória Foto Cópia Obrigatória Foto Cópia Obrigatória

DADOS DO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE

NOME: _____ CRM: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: () _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS (Informações indispensáveis para avaliação)

Última avaliação: Data: ___/___/___ Peso: _____ Kg

Paciente recebeu orientação nutricional, e tem boa adesão ao plano alimentar: Não Sim

Comentários: _____

Paciente está orientado para realizar exercícios físicos e tem boa adesão Não Sim

Comentários: _____

Para pacientes com **DM tipo 1**: mantém automonitorização com realização de glicemia capilar pelo menos 3x/dia: Não Sim

Apresentou melhora dos episódios de hipoglicemia: Não Sim

EXAMES LABORATORIAIS (Informações indispensáveis para avaliação)

(Anexar cópia do último exame que deve ser realizado até 90 dias para entrega no NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE ou no CEDEBA)

	Anterior	Último (atual)
Datas	___/___/___	___/___/___
Glicemia mg/dl		
HbA1C*		

*Método laboratorial HPLC.



MEDICAMENTO (S) SOLICITADO (S) - Estas informações são indispensáveis para o deferimento.

Análogo de ação rápida:

Dose total diária pretendida*: Unidades

* Pacientes que fazem esquema basal-bolus de acordo com contagem de carboidratos ou de acordo com glicemia capilar, favor colocar **dose média diária**.

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

Análogo de ação basal: GLARGINA DETEMIR

Dose total diária pretendida: Unidades

- Anexar receita médica

- Se HbA1c fora da meta, favor anexar **RELATÓRIO MÉDICO** informando presença de doenças intercorrentes ou uso de medicamentos que possam promover descompensação metabólica.

Afirmo que li o Protocolo Técnico para Dispensação de Análogos de Insulina de Ação Basal e 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

AVALIAÇÃO DO NÚCLEO DE ANÁLOGOS – CEDEBA – SESAB

Avaliação final do processo Deferido Indeferido

Medicamento

ANÁLOGO de AÇÃO RÁPIDA dose total mensal: Unidades

GLARGINA dose total mensal: Unidades

DETEMIR dose total mensal: Unidades

____/____/____

Data da avaliação

Assinatura de avaliador(a) do Núcleo de Análogos