



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA

DADOS DO(A) PACIENTE

NOME: _____

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

DD/MM/AAAA

RG: _____ CPF: _____ CNS: _____

Foto Cópia Obrigatória

Foto Cópia Obrigatória

Foto Cópia Obrigatória

DADOS DO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE

NOME: _____ CRM: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: () _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS (Estas informações são indispensáveis para avaliação)

TIPO DE DIABETES 1 => CID 10: E10.____ Baseado no *PCDT de Diabetes Melitos Tipo 1*

TIPO DE DIABETES 2 => CID 10: E11.____ Baseado no *PCDT de Diabetes Melitos Tipo 2*

OUTROS TIPOS: _____ CID: _____

TEMPO DE DIAGNÓSTICO ____ ANOS E ____ MESES.

COMPLICAÇÕES CRÔNICAS

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

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

COMPLICAÇÕES AGUDAS (Histórico)

Doença cardio-vascular

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

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

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

DADOS NUTRICIONAIS

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

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: _____



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 (Estas informações são indispensáveis para avaliação)

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

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

*Método laboratorial HPLC ou devidamente certificados NGSP.

TRATAMENTO ATUAL (Estas informações são indispensáveis para avaliação)

Insulinas/ Análogos em uso	Data de início do tratamento

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA USO DO(S) ANÁLOGO(S) DE INSULINA BASAL E RÁPIDA para DM tipo 2 e BASAL para DM tipo 1 (Estas informações são indispensáveis para avaliação)

BASEADO na PORTARIA ESTADUAL 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

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



CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA USO DO(S) ANÁLOGO(S) DE INSULINA DE AÇÃO RÁPIDA PARA DM tipo 1 (Estas informações são indispensáveis para avaliação)

BASEADO NO PCDT de DM TIPO 1 - PORTARIA CONJUNTA Nº 17, de 12 de novembro de 2019

1. () Uso prévio de insulina NPH e regular por pelo menos três meses;
2. () Acompanhamento regular (mínimo duas vezes ao ano) com médico e equipe multidisciplinar, sempre que possível com endocrinologista;
3. () Realização de automonitorização da glicemia capilar (AMG) no mínimo três vezes ao dia;

MAIS:

4. Apresentação, nos últimos 06 (seis) meses, de **pelo menos um dos critérios abaixo** após terem sido excluídos fatores causais para as hipoglicemias (redução de alimentação sem redução da dose de insulina, exercício físico sem redução da dose de insulina, revisão dos locais de aplicação de insulina, uso de doses excessivas de insulina, uso excessivo de álcool):

- () **Uma hipoglicemia grave** (definida pela necessidade de auxílio de um terceiro para sua resolução);
- () **Hipoglicemias não graves repetidas** (definidas como dois episódios ou mais por semana) caracterizadas por episódios de glicemia capilar < 54 mg/dL com ou sem sintomas ou <70 mg/dL, acompanhado de sintomas (tremores, sudorese fria, palpitações e sensação de desmaio)
- () **Hipoglicemias noturnas repetidas** (definidas como mais de um episódio por semana)
- () **Mau controle persistente**, comprovado pela análise laboratorial dos últimos doze meses de acordo com os critérios da HbA1c.

5. () Melhora nos últimos 6 meses dos episódios de hipoglicemia, comprovado através de registros em glicosímetros ou meios gráficos disponíveis, para pacientes já em uso de análogo de insulina de ação rápida.



MEDICAMENTO (S) PRETENDIDO (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

Dose diária total de insulina por Kg de peso: _____ UI/Kg ao dia.

- Anexar receita médica

- Anexar LME preenchida se Diabetes Melitos tipo1 com prescrição de análogo de ação ultrarrápida.

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

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 do avaliador do núcleo de análogos