



## ABERTURA DE PROCESSO

### FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DA NEUROPATIA DIABÉTICA

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

SERVIÇO: \_\_\_\_\_

#### DADOS CLÍNICOS (Deverá ter todos os itens preenchidos pelo médico assistente)

DM TIPO 1 (  ) DM TIPO 2 (  ) IDADE AO DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

FEZ USO PRÉVIO ANTIDEPRESSIVO TRICÍCLICO(ADT) PARA NEUROPATIA?

(  ) **SIM** Qual (is) \_\_\_\_\_

Dose utilizada: \_\_\_\_\_ Tempo de uso: \_\_\_\_\_

(  ) **NÃO** Justifique o não uso do de ADT como tratamento inicial para neuropatia neste(a) paciente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ESCORE DE SINTOMAS NEURÓPÁTICOS

Marcar com um "x" a opção encontrada e fazer o somatório dos escores dos itens assinalados:

Especificação	Sintomas	Escore
1-Que tipo de sensação mais incomoda? Descrever os sintomas, se o paciente não citar nenhum desses:	( <input type="checkbox"/> ) queimação, dormência ou formigamento ( <input type="checkbox"/> ) fadiga, câimbra ou prurido ( <input type="checkbox"/> ) outros sintomas	2 pts 1 pt 0 pt
2-Qual a localização mais frequente desse sintoma descrito?	( <input type="checkbox"/> ) pés ( <input type="checkbox"/> ) panturrilha ( <input type="checkbox"/> ) outra localização	2 pts 1 pt 0 pt
3-Existe alguma hora do dia em que esse (sintoma descrito) aumenta de intensidade?	( <input type="checkbox"/> ) durante a noite ( <input type="checkbox"/> ) dia e noite ( <input type="checkbox"/> ) apenas durante o dia	2 pts 1 pt 0 pt
4-Esse (sintoma descrito) já lhe acordou durante a noite?	( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) não	1 pt 0 pt
5-Alguma manobra que o (a) o senhor (a) realiza é capaz de diminuir esse sintoma descrito? (descreva as manobras para o paciente se ele não citar nenhuma delas)	( <input type="checkbox"/> ) andar ( <input type="checkbox"/> ) ficar de pé ( <input type="checkbox"/> ) sentar ou deitar	2 pts 1 pt 0 pt
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		

Preencher resultado do **Escore Sintomas Neuropáticos (ESN) total** \_\_\_\_\_

#### INTERPRETAÇÃO:

**Escore 0 - 2:** Normal (sem sintomas)

**Escore 5 - 6:** Sintomas moderados;

**Escore 3 - 4:** Sintomas leves;

**Escore 7 - 9:** Sintomas graves



## ESCORE DE COMPROMETIMENTO NEUROPÁTICO

Multiplicar o escore da alteração encontrada por 2, se presente em ambos os pés

Parâmetro de avaliação dos pés	Sinais	Escore
Reflexo Aquileu (Martelo ou digitopercussão)	( ) ausente	2 pts
	( ) diminuído	1 pt
	( ) normal	0 pt
*Sensibilidade Vibratória (Diapasão 127 Hz)	( ) diminuída ou ausente	1 pt
	( ) normal	0 pt
Sensibilidade Dolorosa	( ) diminuída ou ausente	1 pt
	( ) normal	0 pt
*Sensibilidade Térmica	( ) diminuída ou ausente	1 pt
	( ) normal	0 pt
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		

*\*Nota técnica:* Caso seja possível na Unidade de Saúde.

Preencher resultado do **Escore de Comprometimento Neuropáticos (ECN) total** \_\_\_\_\_

INTERPRETAÇÃO:

**Escore 0 - 2:** Normal (sem sinais neuropáticos)

**Escore 3 - 5:** Sinais neuropáticos leves

**Escore 6 - 8:** Sinais neuropáticos moderados

**Escore 7 - 9:** Sinais neuropáticos graves

## CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA NEUROPATIA PERIFÉRICA:

( ) ECN a partir de 6 (sinais neuropáticos moderados a graves) isoladamente **OU**

( ) ECN a partir de 3 (sinais neuropáticos leves) associado a ESN a partir de 5 (sintomas neuropáticos moderados a graves)

## ESCALA DE E.V.A. (Escala Visual Analógica) - INTENSIDADE DE DOR AUTO REFERIDA

*Nota técnica:* Inclusão da E.V.A. por exigência do M.S./P.C.D.T., 2015.

A Escala Visual Analógica - EVA é um escore de aferição da intensidade de dor pelo paciente. Mostrar ao paciente a escala abaixo e questioná-lo quanto ao seu grau de dor, informando que 0 (zero) significa **ausência total**, 5 (cinco) significa **moderada** e 10 (dez) significa **dor máxima**.



**ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA**

VALOR INFORMADO PELO PACIENTE: \_\_\_\_\_

## PRESCRIÇÃO MÉDICA (Anexar receita médica em 02 (duas) vias)

MEDICAMENTO PRESCRITO: \_\_\_\_\_

DOSE DIÁRIA PRETENDIDA: \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do médico assistente