



## 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	Início do tratamento (Mês/ano)

### CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA USO DO(S) ANÁLOGO(S) DE INSULINA BASAL E RÁPIDA para DM tipo 2

(Estas informações são indispensáveis para avaliação – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA PACIENTES DM2)

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 BASAL E RÁPIDA PARA DM tipo 1** (Estas informações são indispensáveis para avaliação – preenchimento obrigatório para pacientes DM1)

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

**Preenchimento obrigatório para análogo de ação rápida:**

1. Uso prévio de insulina NPH e regular por pelo menos três meses; ( ) sim ( ) não

**Preenchimento obrigatório para análogo de ação basal:**

2. Uso prévio de insulina NPH e análogo de ação rápida por pelo menos três meses; ( ) sim ( ) não

**Preenchimento obrigatório para análogo de ação basal e rápida (ambos):**

3. ( ) Acompanhamento regular (mínimo duas vezes ao ano) com médico e equipe multidisciplinar, sempre que possível com endocrinologista;

4. ( ) Realização de automonitorização da glicemia capilar (AMG) no mínimo três vezes ao dia;

MAIS:

5. Apresentação, nos últimos 06 (seis) meses, de **pelo menos um dos critérios abaixo** após terem sido excluídos fatores causais para as hipoglicemias:

( ) **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.

**Preenchimento obrigatório para pacientes já em uso de análogos de insulina (basal e/ou rápida) – critério especial do PCDT:**

6. Atingiu metas de Hba1c (Hba1c < 7,5% – crianças, < 7,0% adultos e < 8,0% idosos) ( ) sim ( ) não

7. Melhora nos últimos 6 meses dos episódios de hipoglicemia, comprovado através de registros em glicosímetros ou meios gráficos disponíveis ( ) sim ( ) não

8. Redução mínima de 0,5% no valor da Hba1c ( ) sim ( ) não

9. Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas, não persistente por mais de seis meses (**ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO**) ( ) sim ( ) não



**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

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 basal e/ou rápida

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da avaliação

\_\_\_\_\_  
Assinatura do avaliador do núcleo de análogos