

**FORMULÁRIO DE ACESSO A DAPAGLIFLOZINA 10MG PARA
TRATAMENTO DE DIABETES MELITOS TIPO 2
PORTARIA SCTIE/MS Nº 13, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2026**

DATA: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO

DADOS DO PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ SEXO: M () F ()

DADOS DO MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME: _____ CRM Nº: _____ UF: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: _____

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA DA DOENÇA CID-10

- () **E11.2** - Diabete melito não insulino-dependente com complicações renais
() **E11.3** - Diabete melito não insulino-dependente com complicações oftálmicas
() **E11.4** - Diabete melito não insulino-dependente com complicações neurológicas
() **E11.5** - Diabete melito não insulino-dependente com complicações circulatórias eriféricas
() **E11.6** - Diabete melito não insulino-dependente com outras complicações especificadas
() **E11.7** - Diabete melito não insulino-dependente com complicações múltiplas
() **E11.8** - Diabete melito não insulino-dependente com complicações não especificadas
() **E11.9** - Diabete melito não insulino-dependente sem complicações

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

IDADE: _____

1. Paciente apresenta alguma doença cardiovascular estabelecida?

- () **Sim. Qual? (assinale abaixo e anexe exame comprobatório da doença).**
() Infarto agudo do miocárdio prévio.
() Cirurgia de revascularização do miocárdio prévia.
() Angioplastia prévia das coronárias.
() Angina estável ou instável.
() Acidente vascular cerebral isquêmico prévio.
() Ataque isquêmico transitório prévio.
() Insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%.
() **Não**

2. Assinale abaixo o fator de risco, se presente, apresentado pelo paciente:

- Homem idade \geq 55 anos ou mulher \geq 60 anos:

- Hipertensão arterial sistêmica
 Dislipidemia
 Tabagismo

3. CREATININA SÉRICA: _____ (DATA: ____ / ____ /20 ____)

TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (TFG) ESTIMADA: _____ ML/MIN

(Preferência CKDEPI) Site para cálculo: www.sbn.org.br/profissional/utilidades/calculadoras-nefrologicas/

4. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO INSTITUÍDO

- Reeducação alimentar e/ou acompanhamento nutricional;
 Redução da ingestão de bebidas alcoólicas;
 Redução de peso;
 Prática de atividade física

5. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO ATUAL:

Está em uso de outro medicamento para controle do diabetes? Não

Sim. Qual ou quais? _____

Atesto que o paciente não apresenta contraindicações, tais como:

- Gravidez e período de lactação;
- Disfunção renal com TFG estimada inferior a 25 mL/min/1,73 m²).

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas

Carimbo e assinatura do médico assistente

Telefone para contato