

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

FORMULÁRIO DE ACESSO - DIABETE MELITO 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** - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações renais
- () **E11.3** - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações oftálmicas
- () **E11.4** - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações neurológicas
- () **E11.5** - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas
- () **E11.6** - Diabetes melito não insulino-dependente com outras complicações especificadas
- () **E11.7** - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações múltiplas
- () **E11.8** - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações não especificadas
- () **E11.9** - Diabetes 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**

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB
Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC
Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

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