FORMULÁRIO PARA MANUTENÇÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA

DADOS DO(A) PACIENTE

NOME:_____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/_____ SEXO: M ☐ F ☐ TELEFONE: ( )_____
DD/MM/AA

RG:_____ CPF:_____ CNS:_____
Foto Cópia Obrigatória Foto Cópia Obrigatória Foto Cópia Obrigatória

DADOS DO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE

NOME:_____ CRM: _____

SERVIÇO:_____TELEFONE: ( )_____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS (Informações indispensáveis para avaliação)

Última avaliação: Data:___/___/_____ Peso: _____Kg

Paciente recebeu orientação nutricional, e tem boa adesão ao plano alimentar: ☐ Não ☐ Sim

Comentários: _____

Paciente está orientado para realizar exercícios físicos e tem boa adesão ☐ Não ☐ Sim

Comentários: _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA PACIENTES DM1:

1. Mantém automonitorização com realização de glicemia capilar pelo menos 3x/dia: ( ) sim ( ) não
2. 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

EXAMES LABORATORIAIS (Informações indispensáveis para avaliação)

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

	Anterior	Último (atual)
Datas	___/___/___	___/___/___
Glicemia mg/dl		
HbA1C*		

***Método laboratorial HPLC.**

MEDICAMENTO (S) SOLICITADO (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

- Anexar receita médica
- Se HbA1c fora da meta, favor anexar RELATÓRIO MÉDICO informando, se houver, presença de doenças intercorrentes ou uso de medicamentos que possam promover descompensação metabólica.
-- Anexar LME preenchida se Diabetes Mellitus tipo 1 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 Rápida, 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 de avaliador(a) do Núcleo de Análogos