FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGOS DE INSULINA

DADOS DO(A) PACIENTE

NOME:_____

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

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

Doença cardio-vascular

COMPLICAÇÕES AGUDAS (Histórico)

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 multidisciplicinar, 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