

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INSUMOS - DIABETES INSULINODEPENDENTES

(Lei Federal 11.347/06 - Portaria MS 2.583/07)

Insulina(s): ( ) Humana Regular ( ) Humana NPH

Conforme Nota Técnica nº169/2022-CGAFB/DAF/SCTIE/MS, as canetas de insulina humana NPH e Regular serão dispensadas para pacientes com Diabetes Mellitus 1 ou 2, nas faixas-etàrias: menor ou igual a 19 anos e maior ou igual a 45 anos, conforme a disponibilização de aquisição pelo Ministério da Saúde.

## 1. DADOS DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_

## 2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Diabetes tipo: ( ) Tipo 1 ( ) Tipo 2 ( ) Gestacional Ano de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Histórico de Hipoglicemia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Nº de episódios/mês:
Hipoglicemia noturna frequente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Hipoglicemia severa?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Hipoglicemia leve/moderada frequente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Falta de percepção da hipoglicemia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Hiperglicemia pós-prandial?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Atividade física regular?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Hipertenso?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
O paciente faz automonitoração atualmente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

## 3. AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÉUTICA

Dose diária de insulina:

Dose	Horário		
1) ____ UI	____ :____	<input type="checkbox"/> NPH	<input type="checkbox"/> Regular
2) ____ UI	____ :____	<input type="checkbox"/> NPH	<input type="checkbox"/> Regular
3) ____ UI	____ :____	<input type="checkbox"/> NPH	<input type="checkbox"/> Regular

Dose	Horário		
4) ____ UI	____ :____	<input type="checkbox"/> NPH	<input type="checkbox"/> Regular
5) ____ UI	____ :____	<input type="checkbox"/> NPH	<input type="checkbox"/> Regular
6) ____ UI	____ :____	<input type="checkbox"/> NPH	<input type="checkbox"/> Regular

Usa medicamento via oral? Qual? \_\_\_\_\_

## 4. RESULTADOS DE EXAMES (PARA 1ª SOLICITAÇÃO)

Glicemia em jejum: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HB Glicada: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 5. AUTOMONITORAMENTO DIÁRIO

 Solicito 1 monitor de glicemia

Solicito para a cada 30 dias:

Se usa apenas 1 tipo de insulina	<input type="checkbox"/> 50 tiras - Aferir 2 vezes ao dia	
Se usa as insulininas NPH e Regular	<input type="checkbox"/> 50 tiras - Aferir 2 vezes ao dia	<input type="checkbox"/> 100 tiras - Aferir 3 vezes ao dia
Diabetes gestacional COM insulinoterapia	<input type="checkbox"/> 50 tiras - Aferir 2 vezes ao dia	<input type="checkbox"/> 100 tiras - Aferir 3 vezes ao dia
Diabetes gestacional SEM insulinoterapia	<input type="checkbox"/> 50 tiras - Aferir 2 vezes ao dia	<input type="checkbox"/> 150 tiras - Aferir 5 vezes ao dia

\*Tabela conforme protocolo municipal

 A quantidade mensal de lancetas será igual a de tiras.

Obs: Conforme critério médico, poderá ser prescrita quantidade maior de medições diárias/mensais, principalmente nos períodos de estabilização do quadro diabético. Nestas hipóteses deverá ser realizada prescrição com validade máxima de 60 dias, com especificação do tipo de diabetes e justificativa escrita do quantitativo prescrito.

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Médico Solicitante (carimbo e assinatura)