



RELATÓRIO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE INSULINAS ESPECIAIS

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Sexo: Masculino () Feminino () Data de Nascimento: ____/____/____

Cartão SUS: _____ Unidade de Saúde: _____

Endereço: _____

Diabetes tipo: _____ CID: _____ Data do Diagnóstico: ____/____/____

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Pacientes diabéticos tipo 1:

Os pacientes diabéticos tipo 1 atenderão aos critérios estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Dispensação de Análogo de Insulina Basal. Serão exigidas dosagens de peptídeo C e Anti-GAD para confirmação de diagnóstico que será realizado pelo médico endocrinologista no ato da consulta médica.

Pacientes diabéticos tipo 2:

Os pacientes diabéticos tipo 2 atenderão aos critérios estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Dispensação de Análogo de Insulina Basal. Esses critérios serão definidos de acordo com avaliação do médico endocrinologista no ato da consulta médica.

Assinalar quais dos critérios abaixo o paciente se enquadra:

- () Uso prévio por pelo menos 6 meses de insulina NPH;
- () Hipoglicemia moderada de repetição (caracterizado por sintomas adrenérgicos e/ou neuroglicopênicos com frequência igual ou superior a 2 dias com prejuízos às atividades rotineiras, prejudicando a qualidade de vida);
- () Diagnóstico de diabetes lábil;
- () Apresentar lipodistrofia insulínica em dois ou mais locais;
- () Mau controle persistente pela análise laboratorial baseando em níveis de HbA1c um ponto acima do preconizado para a idade de acordo com o protocolo;

- () Resistência imunológica às insulinas humanas;
- () Outras situações especiais estabelecidas no protocolo clínico.

3. AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA:

Insulinas e Medicamentos previamente utilizados: _____

Motivo da Suspensão: _____

4. JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO: Descrever justificativa de acordo com critérios de inclusão

5. 1ª SOLICITAÇÃO TRANSCREVER OS RESULTADOS DOS EXAMES:

Glicemia em Jejum: _____ mg/dL Data: ____/____/____

Glicemia Pós-Prandial: _____ mg/dL Data: ____/____/____

Hemoglobina Glicada: _____ % Data: ____/____/____

6. INSULINA PRESCRITA

- () **GLARGINA (LANTUS)**
- () **ASPARTE (NOVORAPID)**
- () **ASPARTE + NICOTINAMIDA (FIASP)**
- () **DEGLUDECA (TRESIBA)**

Prescrição: _____

NÃO SUBSTITUI A PRESCRIÇÃO MÉDICA DO PACIENTE

Assinatura e Carimbo

Data: ____/____/____

SOLICITAÇÃO: () DEFERIDA () INDEFERIDA

Motivo do
indeferimento: _____

Farmacêutico Responsável

Data: ____/____/____