



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

SUS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado – DIABETE MELITO TIPO 2

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (facultativo)
- Cópia do comprovante de residência atual em nome do PACIENTE. Quando o endereço estiver em nome de familiares (cônjuge, pais, filhos), trazer comprovante de parentesco (cópia da certidão de casamento, nascimento, etc). Em caso de aluguel, trazer cópia do contrato de aluguel ou, na ausência deste, trazer declaração do proprietário do imóvel, com cópia de RG e CPF, informando que o interessado reside no local.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde)
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante.
- Receita Médica - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data.
- LME - Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico com o (C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo.
- Termo de Consentimento Informado datado, carimbado e assinado pelo médico e pelo paciente.
- Exames comprobatórios do diagnóstico da doença de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Exames necessários para abertura e continuidade de processo para:

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
DIABETES MELITO TIPO 2 Dapagliflozina 10mg comp Diabete Melito Tipo 2 *Atualizado em 07/05/2021	<ul style="list-style-type: none">- Formulário específico para análise de fornecimento de Dapagliflozina e os exames e/ou laudos conforme exigido pelo formulário de acordo com preenchimento de dados;- Duas determinações sanguíneas em dias diferentes: Hemoglobina glicada e Glicemia em jejum (validade 90 dias);- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina (validade 90 dias);	<ul style="list-style-type: none">- Hemoglobina glicada e Glicemia em jejum <p>Periodicidade: semestral ou se houver alteração de dose</p> <ul style="list-style-type: none">- Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina <p>Periodicidade: anual</p>	<p>E11.2 E11.3 E11.4 E11.5 E11.6 E11.7 E11.8 E11.9</p> <p>Endocrinologista (preferencialmente)</p> <p>Diabete Melito Tipo 2</p>



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
Dapaglifozina 10mg

Eu, _____, declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **dapaglifozina**, indicados para o tratamento da **Diabete Melito tipo 2**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo (a) médico (a) (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o (s) medicamento (s) que passo a receber pode (m) trazer os seguintes benefícios:

- prevenção das complicações da doença;
- controle da atividade da doença;
- melhora da capacidade de realizar atividades funcionais; e
- melhora da qualidade de vida.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

() Dapaglifozina

Local: _____		Data: _____	
Nome do paciente: _____			
Cartão Nacional de Saúde: _____			
Nome do responsável legal: _____			
Documento de identificação do responsável legal: _____			
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico Responsável: _____	CRM: _____	UF: _____	
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: __/__/__			



DAPAGLIFLOZINA

Formulário médico para análise de fornecimento pela Farmácia Cidadã de acordo com o PCDT-MS para o manejo do Diabetes Mellitus tipo 2

IDENTIFICAÇÃO

NOME _____ IDADE _____ anos

SEXO () M () F Altura: _____ cm Peso: _____ kg IMC: _____ kg/m²

1. INFORMAÇÕES FUNDAMENTAIS (todos os itens deverão ser preenchidos)

- TEMPO DE DIABETES MELLITUS _____ meses _____ anos
- HEMOGLOBINA GLICADA SÉRICA _____% (dentro dos últimos 6 meses)
- INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA () sim () não

Se a resposta for SIM, informe o clearance renal estimado pela creatinina sérica ou obtido por urina de 24 horas: _____

OBS: o exame complementar respectivo deve ser anexado ao processo.

- DOENÇA CARDIOVASCULAR ESTABELECIDA: 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 ou insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%. () sim () não

Se a resposta for SIM, devem ser anexados os exames comprobatórios ou laudo do cardiologista/neurologista no caso de angina estável, instável ou ataque isquêmico transitório prévio.

- USO ATUAL DE METFORMINA? () não () sim, Dose diária utilizada _____ mg

Se a resposta for SIM, mas não estiver sendo utilizada a dose máxima da metformina, favor informar o motivo: _____

Se a resposta for NÃO, favor informar o motivo: _____

- USO ATUAL DE SULFONILURÉIA? () sim () não

Se a resposta for SIM, informar o Medicamento: _____ dose diária: _____ mg

Se a resposta for NÃO, favor informar o motivo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do médico assistente

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES* _____ 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante _____

3- Nome completo do Paciente* _____ 5- Peso do paciente* _____ kg

4- Nome da Mãe do Paciente* _____ 6- Altura do paciente* _____ cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* _____ 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

NÃO SIM. Relatar: _____

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* _____ 17- Assinatura e carimbo do médico* _____

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* _____ 16- Data da solicitação* _____

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: _____ e CPF _____

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* _____ 20- Telefone(s) para contato do paciente _____

Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda Sem informação

21- Número do documento do paciente _____ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____