



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 (obrigatório)
- 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 (Protocolo MS) Dapagliflozina 10mg comp *Atualizado em 28/02/2024	<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; - Formulário Dapagliflozina- 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 (PCDT)</p>



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

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: __/__/__			

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INIBIDOR DE SGLT2 PARA O TRATAMENTO DE DIABETE MELITO TIPO 2

Paciente: _____ Idade: _____ anos Sexo: () M () F

- Os processos serão avaliados conforme critérios do PCDT-MS de Diabetes Mellito Tipo 2, portaria SECTIS/MS Nº 7, de 28 de fevereiro de 2024.
- Nos casos de preenchimento incompleto, este formulário será devolvido para adequação e posterior avaliação.

1. Tempo do Diagnóstico de Diabetes Mellitus: _____ ano(s)**2. Dosagem de Hemoglobina glicada sérica:** _____ % (validade 90 dias). Anexar exame.**3. Taxa de filtração glomerular estimada:** _____ mL/min/1,73 m² (validade 90 dias - calculada pela equação CKD-EPI). Anexar exame.**4. Paciente tabagista:** () sim () não**5. Quanto a comorbidades, paciente possui:**

- Hipertensão Arterial Sistêmica:** () sim () não
- Dislipidemia:** () sim () não
- Doença Cardiovascular Estabelecida** () sim () não. Se a resposta for SIM, devem ser anexados os exames comprobatórios de *infarto agudo do miocárdio prévio, cirurgia de revascularização do miocárdio prévia, angioplastia prévia das coronárias, acidente vascular cerebral isquêmico prévio, ou insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%*. Caso o paciente tenha apresentado angina estável/instável ou ataque isquêmico transitório prévio deve ser anexado ou laudo detalhado do cardiologista ou neurologista, respectivamente.

6. Tratamento(s) medicamentoso(s) utilizados:

- Uso atual de Metformina e/ou outro antidiabético oral e/ou insulina?** () sim () não

Se a resposta for SIM, informar qual (quais) medicação (medicações), especificando a dose diária utilizada, e caso não estiver sendo utilizada a dose máxima do(s) medicamentos padronizado(s) no SUS, favor informar o motivo:

Se o paciente não fizer uso de antidiabético oral favor informar o motivo:

7. Paciente possui contraindicação a algum medicamento padronizado: () Sim () Não. Se sim, especifique:

8. Observações adicionais relevantes:

_____, ____/____/____
(local, data de preenchimento)_____
Carimbo e Assinatura do Médico Prescritor

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

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

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____