



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

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INSULINA GLARGINA 100UI/mL NO TRATAMENTO DO DIABETE MELITO TIPO 2 CONFORME PROTOCOLO ESTADUAL

A ser preenchido pelo(a) médico(a) assistente

Nome do(a) paciente: _____ Idade: _____ anos Sexo: ☐ M ☐ F

1. Diagnóstico de DM2 há: _____ anos
2. Paciente efetua monitorização da glicemia capilar no mínimo três vezes ao dia? ☐ Sim ☐ Não
3. Paciente é aderente às medidas dietéticas e à atividade física como parte do tratamento não farmacológico para o diabetes mellitus? ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for NÃO, favor justificar: _____

4. O acompanhamento médico ou da equipe multidisciplinar é feito no mínimo duas vezes ao ano? ☐ Sim ☐ Não
5. Houve tratamento prévio com as insulinas NPH e Regular por pelo menos três meses? ☐ Sim ☐ Não
6. Paciente faz uso atual de insulinas? ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for **SIM**, favor informar quais:

☐ NPH ☐ Regular ☐ Análoga de ação rápida ☐ Análoga de longa ação

7. Paciente faz uso atual de Hipoglicemiante(s) oral(is)? ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for **SIM**, informe o medicamento(s) utilizado(s) e a sua posologia diária:

8. Qual das seguintes condições clínicas ocorreram nos últimos seis meses?

- ☐ Hipoglicemia grave* definida pela necessidade do auxílio de outra pessoa para resolução da hipoglicemia.
- ☐ Hipoglicemias não graves repetidas*, definidas como dois episódios ou mais por semana, caracterizadas por níveis de glicemia capilar < 54 mg/dL com ou sem sintomas ou < 70 mg/dL com sintomas, tais como tremores, sudorese fria, palpitações e sensação de desmaio.
- ☐ Hipoglicemias noturnas repetidas*, definidas como mais de um episódio por semana.

* Necessário apresentar a comprovação da hipoglicemia através de automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por período mínimo de 30 dias ou relatório de atendimento emergencial, exames laboratoriais, registros em softwares e/ou histórico de glicemia capilar.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES COMPLEMENTARES NECESSÁRIOS:

- ☐ Glicemia em jejum (validade 3 meses);
- ☐ Hemoglobina glicada (validade 3 meses);
- ☐ Cópia da automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias (validade 6 meses).

Assinatura do paciente ou do seu responsável legal:

Assinatura e carimbo do médico assistente:

Data: / /