



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

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INSULINA ANÁLOGA NO TRATAMENTO DO DIABETE
MELITO TIPO 1 CONFORME PCDT DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

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

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

1. Solicitação de: Insulina análoga de ação rápida

- Insulina Glargina 100 UI/mL Tubete de 3 mL (pacientes acima de 2 anos)
 Insulina Degludeca 100 UI/mL Caneta de 3 mL (pacientes entre 1 e 2 anos)

2. Diagnóstico de DM1 há: _____ ano(s)

3. Houve tratamento prévio com as insulinas NPH e Regular por pelo menos três meses? Sim Não

4. O acompanhamento médico ou da equipe multidisciplinar é feito no mínimo duas vezes ao ano? Sim Não

5. Paciente efetua monitorização da glicemia capilar no mínimo três vezes ao dia? Sim Não

6. 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.
 Mau controle persistente, comprovado pela análise laboratorial dos últimos doze meses de acordo com as metas de HbA1c estabelecidas no PCDT-MS DM1 (Criança < 7,5%; Adulto < 7,0% e idoso entre 7,5 e 8,5): necessário apresentar pelo menos dois exames de HbA1c nos últimos doze meses.
 Nenhuma – não se aplica

* 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.

7. Paciente já está em tratamento com insulina análoga: Sim Não

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

Qual insulina análoga em uso: Ação rápida Longa ação;

Qual(is) o(s) critério(s) abaixo o paciente atingiu **nos últimos seis meses?**

- Atingiu as metas de HbA1c estabelecidas no PCDT-MS DM1 de acordo com a faixa etária e sua condição individual (Criança < 7,5%; Adulto < 7,0% e idoso entre 7,5 e 8,5): Necessário anexar resultado de HbA1c do período avaliado
 Redução mínima de 0,5% no valor da HbA1c: Necessário anexar resultado de HbA1c prévio e do período avaliado.
 Melhora dos episódios de hipoglicemia: Necessário comprovar por meio de automonitorização glicêmica registrada manualmente ou impressa por um período mínimo de 30 dias
 Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas, não persistentes, por mais de seis meses: Necessário apresentar a justificativa técnica embasada, comprovada por exames complementares quando pertinentes.

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: / /