



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: / /