



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

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ANÁLOGOS DE INSULINA DE LONGA AÇÃO

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

Nome do(a) paciente: _____

Idade: _____ anos Sexo: M F Gestante: Sim Não Não se aplica

1. Diagnóstico do diabetes mellitus: Tipo 1 Tipo 2 Outro _____
2. Início da terapia com insulina(s): há ____ anos meses
3. Houve tratamento prévio com as insulinas NPH e Regular? Sim Não
4. Circule a terapia com insulina(s) compatível com a utilizada pelo paciente ou descreva no item 4 a terapia utilizada:

Esquema	
1	Insulina NPH pelo menos duas vezes ao dia e Insulina Regular ou Ultra-rápida pelo menos duas vezes ao dia
2	Insulina Glargina pelo menos uma vez ao dia e Insulina Regular ou Ultra-rápida pelo menos duas vezes ao dia
3	Insulina Detemir duas vezes ao dia e Insulina Regular ou Ultra-rápida pelo menos duas vezes ao dia
4	

5. O 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: _____

6. Motivo(s) da substituição da insulina NPH pelo análogo de insulina de longa ação:

- hipoglicemias descontrole metabólico
- não se aplica, pois já iniciou uso do análogo de longa ação como primeira opção terapêutica
- outro(s) _____

Se for marcado o item hipoglicemias, preencha os itens **6.1 e 6.2** para caracterização da gravidade desses eventos:

- 6.1** Houve necessidade do auxílio de terceiros para a correção da hipoglicemia? Sim Não

- 6.2** Apresentou pelo menos dois episódios de hipoglicemia grave (< 50 mg/dL) nos últimos seis meses? Sim Não

Se a resposta for SIM ao item **6.2**, anexar cópias de exames laboratoriais e/ou impressão da aferição de glicosímetro e/ou cópia de relatório de atendimento hospitalar referentes a tais episódios de hipoglicemia.

Data: ____/____/____, _____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a) assistente