



DAPAGLIFLOZINA

Formulário médico para análise de fornecimento pela Farmácia Cidadã de acordo com o PCDT-MS para o manejo do Diabetes Mellitus tipo 2

IDENTIFICAÇÃO

NOME _____ IDADE _____ anos

SEXO () M () F Altura: _____ cm Peso: _____ kg IMC: _____ kg/m²

1. INFORMAÇÕES FUNDAMENTAIS (todos os itens deverão ser preenchidos)

• TEMPO DE DIABETES MELLITUS _____ meses _____ anos

• HEMOGLOBINA GLICADA SÉRICA _____ % (dentro dos últimos 6 meses)

• INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA () sim () não

Se a resposta for SIM, informe o clearance renal estimado pela creatinina sérica ou obtido por urina de 24 horas: _____

OBS: o exame complementar respectivo deve ser anexado ao processo.

• DOENÇA CARDIOVASCULAR ESTABELECIDA: infarto agudo do miocárdio prévio, cirurgia de revascularização do miocárdio prévia, angioplastia prévia das coronárias, angina estável ou instável, acidente vascular cerebral isquêmico prévio, ataque isquêmico transitório prévio ou insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%. () sim () não

Se a resposta for SIM, devem ser anexados os exames comprobatórios ou laudo do cardiologista/neurologista no caso de angina estável, instável ou ataque isquêmico transitório prévio.

• USO ATUAL DE METFORMINA? () não () sim, Dose diária utilizada _____ mg

Se a resposta for SIM, mas não estiver sendo utilizada a dose máxima da metformina, favor informar o motivo: _____

Se a resposta for NÃO, favor informar o motivo: _____

• USO ATUAL DE SULFONILURÉIA? () sim () não

Se a resposta for SIM, informar o Medicamento: _____ dose diária: _____ mg

Se a resposta for NÃO, favor informar o motivo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do médico assistente