Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado – DIABETE MELITO TIPO 2

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (obrigatório)
- Cópia do comprovante de residência atual em nome do PACIENTE. Quando o endereço estiver em nome de familiares (cônjuge, pais, filhos), trazer comprovante de parentesco (cópia da certidão de casamento, nascimento, etc). Em caso de aluguel, trazer cópia do contrato de aluguel ou, na ausência deste, trazer declaração do proprietário do imóvel, com cópia de RG e CPF, informando que o interessado reside no local.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde)
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante.
- Receita Médica - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data.
- LME - Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico com o (C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo.
- Termo de Consentimento Informado datado, carimbado e assinado pelo médico e pelo paciente.
- Exames comprobatórios do diagnóstico da doença de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Exames necessários para abertura e continuidade de processo para:

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
DIABETES MELITO TIPO 2 (Protocolo MS) Dapagliflozina 10mg comp *Atualizado em 28/02/2024	- Formulário específico para análise de fornecimento de Dapagliflozina e os exames e/ou laudos conforme exigido pelo formulário de acordo com preenchimento de dados **(validade 3 meses)**; - Formulário Dapaglifozina - Hemoglobina glicada **(validade 3 meses);** - Glicemia em jejum **(validade 3 meses);** - Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina **(validade 3 meses)**;	- Hemoglobina glicada e Glicemia em jejum **Periodicidade: semestral ou se houver alteração de dose** - Valor do Clearance de Creatinina estimado com descrição da fórmula utilizada acompanhado da cópia do exame de creatinina sérica ou exame de Clearance de creatinina **Periodicidade:** anual	**E11.2** **E11.3** **E11.4** **E11.5** **E11.6** **E11.7** **E11.8** **E11.9** Endocrinologista (Preferencialmente)

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
Dapaglifozina 10mg

Eu, _____, declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **dapagliflozina**, indicados para o tratamento da **Diabete Melito tipo 2.**

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo (a) médico (a) (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o (s) medicamento (s) que passo a receber pode (m) trazer os seguintes benefícios:

- prevenção das complicações da doença;
- controle da atividade da doença;
- melhora da capacidade de realizar atividades funcionais; e
- melhora da qualidade de vida.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) Sim ( ) Não

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

( ) Dapaglifozina

Local: Data:		
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ **Assinatura do paciente ou do responsável legal**		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
_____ **Assinatura e carimbo do médico** Data:___/___/____		

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

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INIBIDOR DE SGLT2 PARA O TRATAMENTO DE DIABETE MELITO TIPO 2

Paciente: _____ Idade: _____anos Sexo: ( ) M ( ) F

- Os processos serão avaliados conforme critérios do PCDT-MS de Diabete Melito Tipo 2, portaria SECTIS/MS Nº 7, de 28 de fevereiro de 2024.
- Nos casos de preenchimento incompleto, este formulário será devolvido para adequação e posterior avaliação.

1. **Tempo do Diagnóstico de Diabetes Mellitus:** _____ ano(s)

2. **Dosagem de Hemoglobina glicada sérica:** _____ % (validade 90 dias). Anexar exame.

3. **Taxa de filtração glomerular estimada:** _____ mL/min/1,73 m^2 (validade 90 dias - calculada pela equação CKD-EPI). Anexar exame.

4. **Paciente tabagista:** ( ) sim ( ) não

5. **Quanto a comorbidades, paciente possui:**
   - **Hipertensão Arterial Sistêmica:** ( ) sim ( ) não
   - **Dislipidemia:** ( ) sim ( ) não
   - **Doença Cardiovascular Estabelecida** ( ) sim ( ) não. Se a resposta for SIM, devem ser anexados os exames comprobatórios de *infarto agudo do miocárdio prévio, cirurgia de revascularização do miocárdio prévia, angioplastia prévia das coronárias, acidente vascular cerebral isquêmico prévio, ou insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%. C*aso o paciente tenha apresentado angina estável/instável ou ataque isquêmico transitório prévio deve ser anexado ou laudo detalhado do cardiologista ou neurologista, respectivamente.

6. **Tratamento(s) medicamentoso(s) utilizados:**
   - **Uso atual de Metformina e/ou outro antidiabético oral e/ou insulina?** ( ) sim ( ) não

   Se a resposta for SIM, informar qual (quais) medicação (medicações), especificando a dose diária utilizada, e caso não estiver sendo utilizada a dose máxima do(s) medicamentos padronizado(s) no SUS, favor informar o motivo:

   _____
   _____
   _____
   _____

   Se o paciente não fizer uso de antidiabético oral favor informar o motivo:

   _____
   _____
   _____
   _____

7. **Paciente possui contraindicação a algum medicamento padronizado:** ( ) Sim ( ) Não. Se sim, especifique:

   _____
   _____
   _____
   _____

8. **Observações adicionais relevantes:**

   _____
   _____
   _____
   _____

_____, ____/____/_____ _____

(local, data de preenchimento) Carimbo e Assinatura do Médico Prescritor

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente*

5- Peso do paciente* kg

4- Nome da Mãe do Paciente*

6- Altura do paciente* cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10*

10- Diagnóstico

11- Anamnese*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

☐ NÃO ☐ SIM. Relatar:

13- **Atestado de capacidade***

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

☐ NÃO ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

_____
Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante*

17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*

16- Data da solicitação*

18 - **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*:** ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante

☐ Outro, informar nome: _____ e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

☐ Branca ☐ Amarela
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: _____
☐ Parda ☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

☐ CPF ou ☐ CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

*** CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**