

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO  
DIABETE MELITO TIPO II – CID: E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9  
DAPAGLIFLOZINA – PACIENTES COM 65 ANOS OU MAIS**

**DOCUMENTOS**

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (NO CASO DE ASSINATURA POR RESPONSÁVEL APRESENTAR IDENTIDADE E CPF DO MESMO);
- NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE.

**INFORMAÇÕES/EXAMES**

**NOTA:**

ESTE PROTOCOLO CONTEMPLA O USO DE DAPAGLIFLOZINA APENAS PARA PACIENTES COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS E DOENÇA CARDIOVASCULAR ESTABELECIDO, QUE NÃO CONSEGUIRAM CONTROLE COM METFORMINA E SULFANILUREIA.

**LAUDO :**

- LAUDO MÉDICO DETALHADO COM DESCRIÇÃO CLÍNICA DOS SINAIS E SINTOMAS: OCORRÊNCIAS PRÉVIAS DE HIPERGLICEMIAS, CASO EXISTAM, E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO DM2; TRATAMENTOS REALIZADOS, DURAÇÃO E REFRATARIEDADE;
- RELATO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR ESTABELECIDO (INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO PRÉVIO, CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO PRÉVIO, ANGIOPLASTIA PRÉVIO DAS CORONÁRIAS, ANGINA ESTÁVEL OU INSTÁVEL, ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO PRÉVIO, ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO PRÉVIO, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO ABAIXO DE 40%).
- PARA PACIENTES COM 65 ANOS OU MAIS, QUE JÁ ESTÃO EM USO DE INSULINA:** DEVE SER ENVIADO LAUDO MÉDICO CONSUBSTANCIADO JUSTIFICANDO O USO DE DAPAGLIFLOZINA ASSOCIADO À INSULINA OU EM PACIENTES QUE JÁ UTILIZARAM INSULINA, PARA COMPROVAÇÃO JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

**EXAMES:**

- CÓPIA DO EXAME DE TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR **OU**  CÓPIA DO EXAME DE CREATININA SÉRICA (VAL: 3 MESES);
- CÓPIA DE EXAME DE GLICOSE/GLICEMIA DE JEJUM (VAL: 3 MESES); **OU**  CÓPIA DE EXAME DE HEMOGLOBINA GLICADA - HBA1C (VAL: 3 MESES).

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

**OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS**

**A ENTREGA DOS EXAMES/DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE. ESSES PODEM SER EXIGIDOS POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA QUE A AVALIAÇÃO DA SUA SOLICITAÇÃO SEJA CONCLUÍDA. VERIFIQUE COM SEU MÉDICO A NECESSIDADE DE ENTREGA DESSES EXAMES/DOCUMENTOS CONFORME O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESPECÍFICO PARA SUA SITUAÇÃO CLÍNICA.**

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE GH APÓS SOBRECARGA DE GLICOSE (VAL: 6 MESES);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE GLICOSE (SEM NECESSIDADE DE JEJUM) (VAL: 6 MESES).



**QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELITO TIPO II (facultativo)**

1. NOME DO PACIENTE:

2. IDADE:

3. MARCAR CASO PACIENTE APRESENTE ALGUMA DOENÇA CARDIOVASCULAR:

- 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;
- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO ABAIXO DE 40%.

INFORMAR AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA CARDIOVASCULAR, DATA DE OCORRÊNCIA DO EVENTO OU DO DIAGNÓSTICO:

4. POSSIBILIDADE DE DIABETE MELITO TIPO 1 OU DE PRÉ-DIABETE:

- SIM
- NÃO

5. RELATAR OS SINAIS E SINTOMAS QUE CARACTERIZAM DIABETE MELITO TIPO II, OCORRÊNCIAS PRÉVIAS DE HIPERGLICEMIAS, CASO EXISTAM, E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES.

6. INFORMAR TRATAMENTOS ANTERIORES E TEMPO:

DATA DE PREENCHIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO: \_\_\_\_\_

MÉDICO



**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)*	e- 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\* \_\_\_\_\_

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

16- Data da solicitação\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

17- Assinatura e carimbo do médico\* \_\_\_\_\_

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

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\* \_\_\_\_\_

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Cloridrato de metformina, glibenclamida, glicazida, insulina NPH, insulina regular,  
Dapagliflozina

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de cloridrato de metformina, glibenclamida, glicazida, insulina NPH, insulina regular e dapagliflozina, indicados para o tratamento da diabetes 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.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- Efeitos adversos do cloridrato de metformina: gravidez; insuficiência renal com TFG <30ml/min/1,73m<sup>2</sup>, hepática descompensada, cardíaca ou pulmonar, e acidose grave; pré e pós-operatório e em pacientes submetidos a exame de imagem com contraste.
- Efeitos adversos da glibenclamida e glicazida: gravidez; insuficiência renal ou hepática.
- Efeitos adversos da insulina NPH e regular: não há contraindicações absolutas. Atentar para hipoglicemias. Reações alérgicas são raras, usualmente cutâneas e passíveis de manejo com dessensibilização ou troca de apresentação.
- Efeitos adversos da dapagliflozina: gravidez e período de lactação; não deve ser usado em pacientes com disfunção renal moderada a grave (com TFG estimada persistentemente inferior a 45 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>).

Ressalta-se que o risco de ocorrência de efeitos adversos aos medicamentos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este (s) medicamento (s) somente pode (m) ser utilizado (s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo (s) caso não queira ou não possa utilizá-lo (s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistir da usar o(s) medicamento(s).

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:

- ( ) cloridrato de metformina
- ( ) glibenclamida
- ( ) gliclazida
- ( ) insulina NPH
- ( ) insulina regular
- ( ) dapagliflozina

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: _____			



## **AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS**

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do CNS  
(nome do paciente ou responsável)

nº \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_,

**autorizo** o (a) Sr(a). \_\_\_\_\_,  
(nome do procurador ou portador)

**portador (a)** da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pelo \_\_\_\_\_,  
inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente na

\_\_\_\_\_, telefone de  
contato (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, **a retirar meu(s) medicamento(s) na unidade do  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura **Paciente/Responsável**: \_\_\_\_\_

Assinatura do **Procurador/Portador (a)**: \_\_\_\_\_

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

### **Observações:**

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
- Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR/PORTADOR (a) (original e cópia);
- Identidade do PACIENTE (cópia);
- Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
- Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados);