



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE DIABETE MELITO TIPO 1**
Portaria Conjunta SECTICS/MS Nº 17, de 12 de novembro de 2019



Declaro, _____ para os devidos fins de solicitação do(s) medicamento(s) que a(o) usuária(o) _____, preenche os critérios de inclusão abaixo:

PARA NOVAS SOLICITAÇÕES:

É **OBRIGATÓRIO** o preenchimento do item 1, 2, 3 e 4.

É **OBRIGATÓRIO** o preenchimento do item 5 **somente** se o paciente já utiliza análogo de insulina.

1. Assinale qual o tipo de DM1 que o paciente está inserido atualmente:

() DM1 () DM1 LADA () DM1 gestante. Trimestre: _____ () Lactante

**2. Paciente apresentou DOIS do(s) seguinte(s) critério(s) de diagnóstico laboratorial de hiperglicemia
(Anexar os 2 exames comprobatórios):**

- () Glicose aleatória **maior ou igual a 200 mg/dL** E sintomas característicos de DM;
() Glicemia plasmática de jejum **maior ou igual a 126 mg/dL**;
() Hemoglobina glicada (HbA1c) **maior ou igual a 6,5%** (método padronizado - NGSP);
() Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) **maior ou igual a 200 mg/dL**.

3. Paciente apresenta sinais de insulinopenia inequívoca: poliúria, noctúria, polidipsia, polifagia noctúria e perda de peso inexplicada ou presença de cetoacidose diabética?

() Sim () Não

4. Paciente realizou uso prévio de insulina NPH por mais de 3 meses?

() Sim () Não

5. Paciente em uso prévio de insulina:

Qual análogo de insulina utilizou previamente? _____

Tempo que o(a) paciente está em uso de insulina: _____

Valor de 2 exames comprobatórios de DM1, na época do diagnóstico: _____

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

Local e data