



**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INSULINA ANÁLOGA
DE AÇÃO RÁPIDA (GLULISINA) POR MEIO DO CEAF/SC
PARA O TRATAMENTO DE DIABETE MELITO TIPO I**



DADOS DO PACIENTE

Nome do(a) paciente:

Nome da mãe do(a) paciente:

Data de nascimento:

Município de naturalidade/UF:

CPF do(a) paciente:

CNS do(a) paciente:

Telefone(s) para contato:

CID10:

Altura do(a) paciente:

Peso do(a) paciente:

DADOS DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES do Estabelecimento de Saúde:

Nome do Estabelecimento de Saúde solicitante:

DADOS DO MÉDICO PRESCRITOR

Nome do(a) médico(a):

CRM:

CPF do(a) médico(a):

CNS do(a) médico(a):

Observações:

- A insulina análoga glulisina é contraindicada para o tratamento de gestantes e pacientes com idade inferior a 4 anos.

- Os dados para preenchimento deste formulário podem ser obtidos junto à unidade de saúde onde o seu medicamento foi prescrito (clínica, hospital ou unidade de saúde).