



**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:

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

() DM1 () DM1- LADA () DM1 gestante - Trimestre: _____ (preencher campo 7) () Lactante

2. Paciente apresenta ou apresentou na época do diagnóstico DOIS do(s) seguinte(s) critério(s) de diagnóstico laboratorial de hiperglicemia (Anexar os 2 exames comprobatórios ou no caso de paciente já em uso de insulina análoga preencher também o campo 6):

- () 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**.

Para pacientes com diagnóstico DM1 LADA é obrigatório anexar também os exames: dosagem de peptídeo C e Anti ICA ou Anti IAA.

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

() Sim () Não

4. Para solicitação de insulina de ação rápida: paciente realizou uso prévio de insulina NPH e insulina Regular por mais de 3 meses?

() Sim () Não

5. Para solicitação de insulina de ação prolongada: paciente realizou uso prévio de insulina NPH associado à insulina análoga de ação rápida por mais de 3 meses?

() Sim () Não

Qual insulina análoga de ação rápida o paciente utilizou previamente (asparte, lispro ou glulisine)? _____

Qual a data (mês/ano) da última aplicação de insulina análoga de ação rápida? _____

Por qual via o paciente recebe ou recebia a insulina análoga de ação rápida? _____

6. Paciente já em uso 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: _____

7. Paciente gestante que irá realizar o tratamento para DM1 com insulina análoga de ação prolongada (glargina):

Estou ciente que a insulina análoga glargina é de categoria C de risco na gravidez e que foram avaliados os benefícios e os riscos potenciais deste medicamento para o feto: () Sim () Não

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

Local e data