



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEAFF/SC PARA O TRATAMENTO DE DIABETE MELITO TIPO 2**
Portaria Conjunta SECTICS/MS Nº 7, de 28 de fevereiro de 2024



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

É **OBRIGATÓRIO** o preenchimento das alternativas do item nº 1 E nº 2

E Nº 3 **OU** nº 4.

É **OBRIGATÓRIO** o preenchimento do item 5 **somente** se o paciente já utiliza medicamentos da classe SGLT2.

1. Assinale quais os medicamentos o paciente utiliza atualmente:

- () Biguanidas (metformina)
- () Sulfoniluréia (glibenclamida/gliclazida)
- () Classe SGLT2 (Dapagliflozina ou outros)

2. Paciente apresentou o(s) seguinte(s) critério(s) de diagnóstico laboratorial de hiperglicemia:

Obrigatório **anexar exame(s) comprobatório(s) com validade de 6 meses.**

- () Glicemia plasmática de jejum **maior ou igual a 126 mg/dL** em duas ocasiões distintas entre 3 meses;
- () Hemoglobina glicada (HbA1c) **maior ou igual a 6,5%** (método padronizado - NGSP);
- () Glicose casual **maior ou igual a 200 mg/dL** E sintomas característicos de DM (poliúria, polidipsia, polifagia e perda ponderal);
- () Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) **maior ou igual a 200 mg/dL.**

3. Paciente maior ou igual a 40 anos e que possuir ao menos uma das doenças cardiovasculares estabelecidas:

- () 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%;

4. Paciente com idade maior ou igual a 55 anos (homem) ou idade maior ou igual a 60 anos (mulheres) e que possuir um dos critérios de alto risco de desenvolver doença(s) cardiovascular(es):

- () Hipertensão Arterial Sistêmica;
- () Dislipidemia;
- () Tabagismo;

5. Paciente em uso de SGLT2:

Tempo que o(a) paciente está em uso do medicamento: _____

Valor de 1 dos exames comprobatórios para o diagnóstico de DM2, na época do diagnóstico: _____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Local e data