



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO INICIAL DE TRATAMENTO COM INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA PARA PACIENTES
COM DIABETES MELLITUS TIPO 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	
CNS:	Telefone: ()
HISTÓRICO DO PACIENTE / TRATAMENTO	
<p>1. Histórico de utilização de insulina de ação rápida:</p> <p>() Insulina Humana Regular – Tempo de uso (meses): _____</p> <p>() Insulinas análogas de ação rápida – Tempo de uso (meses): _____</p> <p>2. Histórico de utilização de insulina de ação lenta:</p> <p>() Insulina NPH – Tempo de uso (meses): _____</p> <p>3. Quais dos eventos abaixo justificam o uso de insulina análoga de ação rápida?</p> <p>() Poliúria</p> <p>() Polidipsia</p> <p>() Polifagia</p> <p>() Emagrecimento sem outra causa aparente</p> <p>() cetoacidose diabética prévia</p> <p>() Glicemia aleatória maior do que 200 mg/dL na presença de sintomas clássicos de hiperglicemia (polidipsia, poliúria e perda inexplicada de peso);</p> <p>() Glicemia em jejum de 8h ≥ 126 mg/dL em duas ocasiões;</p> <p>() Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga ≥ 200 mg/dL em duas ocasiões;</p> <p>() HbA1c $\geq 6,5\%$ em duas ocasiões;</p> <p>() Hipoglicemia grave* (definida pela necessidade de auxílio de um terceiro para sua resolução) comprovada através de relatório de atendimento emergencial, registros em softwares, glicosímetros, quando disponíveis;</p> <p>() Hipoglicemias não graves repetidas* (definidas como dois episódios ou mais por semana) caracterizadas por episódios de glicemia capilar < 54 mg/dL com ou sem sintomas ou < 70 mg/dL acompanhado de sintomas (tremores, sudorese fria, palpitações e sensação de desmaio);</p> <p>() Hipoglicemias noturnas repetidas* (definidas como mais de um episódio por semana); ou</p> <p>() Mau controle persistente, comprovado pela análise laboratorial (doze meses de acordo com os critérios da HbA1c).</p> <p>() Outros: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>*Excluídos fatores causais como redução de alimentação e/ou exercício físico sem redução da dose de insulina, revisão dos locais de aplicação de insulina, uso de doses excessivas de insulina, uso excessivo de álcool.</p>	
<p>2. O paciente está apto a realizar a automonitorização da glicemia capilar (AMG) no mínimo três vezes ao dia?</p> <p>() Sim</p> <p>() Não</p>	
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO PRESCRITOR (ENDOCRINOLOGISTA)	
Nome do endocrinologista:	CRM:
Telefone: ()	E-mail (opcional):
Assinatura:	Data: