



FORMULARIO PARA USO DE INSULINAS ANÁLOGAS: AÇÃO PROLONGADA E ULTRARRÁPIDA DA SES/DF

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Telefone: _____ Ano diagnóstico _____ Cartão SUS _____ Cartão SES _____

Peso e Altura: _____ Insulinas em unidades: _____ Exclusivo ultrarrápida (itens 2 e 3)

DM1 menores de 18 anos: HbA1c ____% Data ____/____/____ ou DM1 recém diagnosticado (itens 2 e 3)

DM + Gestação ou DM2 em IRC/diálise ou DM2/transplantes: HbA1c ____% Data ____/____/____ (item 3)

DM1 > 18 anos ou LADA ou DM2 ≥ 75 anos: HbA1c ____% Data ____/____/____ (itens 1,2 e 3)

Item 1- Critérios:

Critério 1 - Persistente mau controle segundo a SBD/SBEM, ADA 2015 comprovado por dois resultados HbA1c dos últimos 12 meses em uso de insulina de ação intermediária (NPH) associada à insulina rápida ou ultrarrápida:

HbA1c acima de 8% (> 65 anos)

HbA1c acima de 7% (> 18 anos < 65 anos)

Resultados de HbA1c ____%, Data: ____/____/____, ____%, Data: ____/____/____

Critério 2 - Hipoglicemia grave (um dos itens):

Hipoglicemia em dois (02) episódios em 6 meses, requerendo ajuda de terceiros ou atendimento hospitalar

Hipoglicemia despercebida (polineuropatia periférica - disautonomia: alteração da contrarregulação hormonal com ausência de sintomas neuroadrenérgicos à hipoglicemia).

Obs: obrigatória a apresentação do relatório médico, comprovante de serviços de emergência, registros em glicosímetros ou curvas de monitorização contínua de glicose.

Critério 3 – Condições especiais

DM2 maiores ou iguais a 75 anos (relatórios do especialista anexados) polineuropatia autonômica, gastroparesia comprovada hepatopatia neoplasia em radioterapia e ou quimioterapia doença renal do diabetes (*clearance* de creatinina abaixo de 30 mL/min) Doença coronariana aguda ou crônica e ou cardiopatia crônica doença arterial periférica grave (ITB < 0.5, úlcera ativa) e ou amputação estados demenciais.

Obrigatório: mínimo de dois critérios assinalados para DM1 maiores de 18 anos e LADA e DM2 >75 anos.

Item 2- Comprovação de avaliação do conhecimento de autocuidado (monitorização da glicose, plano alimentar, contagem de carboidratos, rastreamento de complicações).

Aplicação de questionário de conhecimentos Avaliação com *check list* Participação em sessão educativa

Item 3- Termo de Responsabilidade e Esclarecimento

Estou ciente:



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
RTD ENDOCRINOLOGIA E ÁREAS PROGRAMÁTICAS DIABETES

- 1- Da necessidade de participação nas reuniões de educação em diabetes para orientações de automonitorização (verificações de glicose na ponta do dedo para conhecimento do controle do diabetes), para contagem de carboidratos e uso de recursos para obter menor variação das glicemias durante o dia, além de recomendações para prevenção das complicações crônicas e agudas
- 2- De que para o bom controle do diabetes as metas (definidas e informadas pelo meu médico assistente) de glicemia de jejum e duas horas após as refeições devem ser realizadas para ajustes de doses de insulina. As metas de hemoglobina glicada (HbA1c) devem ser alcançadas e realizadas no mínimo a cada seis meses para averiguação do bom controle da doença, pois reflete o saldo médio das glicemias nos três a quatro meses mais recentes
- 3- Que os análogos de insulina devem ser transportados em meio refrigerado (caixas térmicas) e armazenados em casa na prateleira de baixo da geladeira, não devem ser expostos diretamente à luz e ao calor. O uso de canetas para aplicação não requer o armazenamento quando já em uso.
- 4- Que o uso de análogos de insulina em gestantes e menores de seis anos, quando indicados, deve seguir as recomendações da SBD e que haja autorização formal por meio da assinatura deste termo
- 5- De ter lido o texto explicativo referente ao tratamento do diabetes com análogos de insulina, discutidas as dúvidas e estar esclarecido quanto às vantagens e problemas relacionados ao uso destas insulinas
- 6- De que o não alcance das metas do bom controle glicêmico implica em risco para a manutenção do benefício do fornecimento da medicação. Consentir voluntariamente com as observações deste documento e a realização deste tratamento.

Metas do tratamento: glicemia jejum _____ pós - prandial _____ HbA1c _____

Paciente ou responsável: _____

Médico (a) assistente: _____ (assinatura/carimbo) Brasília-DF ___/___/___

AValiação da dispensação das insulinas análogas:

AUTORIZADO

NEGADO Justificativa:

Relação insulina/ Kg de peso maior 1UI/Kg

Proporção basal/*bolus* maior que 50% para basal

Uso exclusivo de insulina basal

Outro _____

Médico (a) avaliador (a): _____ (assinatura/ carimbo) Brasília-DF ___/___/___

Atenção: a receita deve ser renovada antes da reavaliação para a continuidade e terá validade de 6 meses.]