



**Governo do Distrito Federal
Secretaria de Saúde**

DIABETES MELLITUS TIPO 1

Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 17, de 12 de novembro de 2019.

Ligar para o número 160 (opção 03) ou 0800 644 0160 para usuários não residentes no DF e agendar horário para entrega dos documentos abaixo. Somente o paciente pode fazer a solicitação inicial de medicamentos no CEAF, com exceção daqueles declarados incapazes (campo 13 do LME).

Informações Gerais

| | |
|---------------------------------|---|
| Medicamentos | Insulina Análoga de ação rápida 100 UI/ml (tubete 3 ML) Insulina Análoga de Ação Prolongada 100UI/mL (tubete 3 ML) |
| CIDS contemplados | E10.0 - Diabetes mellitus insulino-dependente - com coma E10.1-Diabetes mellitus insulino-dependente - com cetoacidose E10.2-Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações renais E10.3-Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações oftálmicas E10.4-Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações neurológicas E10.5-Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações circulatórias periféricas E10.6-Diabetes mellitus insulino-dependente - com outras complicações especificadas E10.7-Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações múltiplas E10.8-Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações não especificadas E10.9-Diabetes mellitus insulino-dependente - sem complicações |
| Quantidade máxima mensal | Insulina Análoga de ação rápida 100 UI/ml (tubete 3 ML) 5 tubetes/mês; Insulina Análoga de Ação Prolongada 100UI/mL (tubete 3 ML) 5 tubetes/mês. |



Governo do Distrito Federal Secretaria de Saúde

Observação

A solicitação e preenchimento de toda a documentação para Insulina Análoga de ação rápida deverá ser realizada preferencialmente por endocrinologista.

Documentos e exames obrigatórios necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

EXAMES:

- Hemoglobina Glicada dos últimos 12 meses, em duas ocasiões;
- Glicemia de Jejum de 8 horas \geq 126 mg/dL em duas ocasiões, ou
- Glicemia de 2 horas pós sobrecarga \geq 200 mg/dL,
- Glicemia aleatória \geq 200mg/dL.

DOCUMENTOS:

- Cópia do documento de identidade ou Certidão de Nascimento (RG) ou demais documentos com foto aceitos como identificação civil (exceto para indígena ou penitenciário);
- Cadastro de Pessoas Físicas do paciente (CPF);
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente;
- Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
- Cópia do documento de identidade do responsável, em caso de paciente incapaz;
- Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizado por endocrinologista ou médico clínico com experiência no tratamento de Diabetes Mellito 1, informar uso prévio de insulina regular por pelo menos três meses (válido por 6 meses);
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) adequadamente preenchido (válido por 90 dias);
- Prescrição médica devidamente preenchida (válida por 90 dias);

Renovação de Continuidade de tratamento

SEMESTRAL

- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) adequadamente preenchido (válido por 90 dias);
- Prescrição médica devidamente preenchida (válida por 90 dias);
- Relatório Padronizado (parte de continuidade) adequadamente preenchido (válido por 90 dias);



Governo do Distrito Federal Secretaria de Saúde

Cópia dos exames laboratoriais para avaliação dos critérios de manutenção de acordo com o PCDT - DM1: HbA1C (hemoglobina glicada) dos últimos 6 meses OU registro em glicosímetros ou meios gráficos disponíveis dos últimos 6 meses OU relato médico de presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas, não persistente por mais de seis meses;

Solicitação de Adequação de tratamento

AUMENTO DE DOSE:

- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) adequadamente preenchido (válido por 60 dias);
- Prescrição médica devidamente preenchida (válida por 90 dias);
- Relatório médico justificando aumento de dose (válido 6 meses).

Atualizado em: 22/09/2020.

Gerência do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.