



RELATÓRIO MÉDICO - **DIABETES MELITO TIPO 2**

- DAPAGLIFLOZINA 10 MG COMPRIMIDO (*paciente maiores que 45 anos*) –

Nome:

DN:

Sexo: () Masc. () Fem.

Peso (kg):

CNS:

1) INCLUSÃO DE TRATAMENTO (início / inclusão tratamento com SGLT-2):

a) Assinalar o CID-10 contemplado no PCDT – DM2 diagnosticado:

- ☐ E11 - Diabetes melito não insulino-dependente
- ☐ E11.2 - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações renais
- ☐ E11.3 - Diabetes melito não insulino-dependente-com complicações oftálmicas
- ☐ E11.4 - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações neurológicas
- ☐ E11.5 - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas
- ☐ E11.6 - Diabetes melito não insulino-dependente com outras complicações especificadas
- ☐ E11.7 - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações múltiplas
- ☐ E11.8 - Diabetes melito não insulino-dependente com complicações não especificadas
- ☐ E11.9 - Diabetes melito não insulino-dependente sem complicações

b) Diagnóstico de diabetes à quanto tempo?

() < 5 anos

() > 5 anos e < 10 anos

() > 10 anos

c) Possui exame de **HbA1C**? (*anexar resultado do exame dos últimos 6 meses*)

d) Qual Doença Cardiovascular o paciente possui?

Assinalar ao menos uma das condições abaixo:

() 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%

e) Possui disfunção renal grave (Taxa de Filtração Glomerular estimada persistentemente inferior a 25 mL/min/1,73 m²)? () Sim () Não

Anexar resultado de exame de Taxa de Filtração Glomerular (últimos 6 meses)

f) **Tratamentos Prévios:**

() Cloridrato Metformina 500 mg e 850 mg comprimido: posologia de 500 a 850 mg, 1 a 3x/dia;

() Glibenclamida 5 mg comprimido: posologia de 2,5 mg a 20 mg/dia;

() Gliclazida 30 mg e 60 mg comprimido: posologia de 30 a 120 mg/dia;

Utilizou insulino-terapia? () Sim () Não

• Quais insulinas/posologia? _____

Prescritor, TODOS os itens deste formulário devem ser preenchidos para evitar pendências e consequente atraso na disponibilização do tratamento do paciente.

Data*: ____/____/____. Médico Assistente*: _____(Assinatura e carimbo)