



**RELATÓRIO MÉDICO - DIABETES MELITO TIPO 2 -**  
**- DAPAGLIFLOZINA 10 MG COMPRIMIDO (paciente maiores que 65 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:

- ( ) E11.2 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações renais  
( ) E11.3 - Diabete melito não insulino-dependente-com complicações oftálmicas  
( ) E11.4 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações neurológicas  
( ) E11.5 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas  
( ) E11.6 - Diabete melito não insulino-dependente com outras complicações especificadas  
( ) E11.7 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações múltiplas  
( ) E11.8 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações não especificadas  
( ) E11.9 - Diabete 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 ( ) Acidente vascular cerebral isquêmico prévio  
( ) Cirurgia de revascularização do miocárdio prévia ( ) Ataque isquêmico transitório prévio  
( ) Angioplastia prévia das coronárias ( ) Insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%  
( ) Angina estável ou instável

e) Possui Disfunção renal moderada a grave (**Taxa de Filtração Glomerular** estimada persistentemente inferior a 45 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>)? ( ) 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)