



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 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)