

ANEXO I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE INSULINAS ANÁLOGAS DE AÇÃO PROLONGADA E ULTRARRÁPIDA DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO.

(este Formulário é parte integrante do Protocolo para dispensação de análogos de insulina prolongada e ultrarrápida da FMSRC)

1. DADOS DO PACIENTE (Para preenchimento do solicitante)

Nome: _____

Telefone/celular: _____ Idade: _____ Altura(m): _____ Peso (kg): _____

2. CRITÉRIOS MÉDICOS PARA SOLICITAÇÃO DE INSULINA ANÁLOGA (Para preenchimento do médico assistente)

Dados do Médico(a) assistente

Nome: _____ N.º CRM _____

Tipo de *Diabetes Mellitus*:

() Tipo 1 () Tipo 2 () DM+Gestação CID: _____ Data Diagnóstico: ____/____/____

Insulina Análoga solicitada para continuidade:

1. _____ 2. _____

Critérios Adotados para solicitação:

Critério 1 – Falha ao uso de esquemas prévios com insulinas (um dos itens):

- () Insulina de ação intermediária (NPH), associada à insulina rápida ou ultrarrápida;
- () Insulina em pré-mistura;
- () Insulina regular (para indicação isolada de ultrarrápida)

Critério 2 – Persistente mau controle registrado nos últimos 6 meses, segundo a SBD, SBEM, SBPC/ML, FENAD 2009 (assinalar qual) comprovar com as 2 A1Cs dos últimos 12 meses:

- () A1C (HPLC) acima de 8,5% (0-6 anos de idade e 20-64 anos);
- () A1C (HPLC) acima de 7,5% (13-19 anos);
- () A1C (HPLC) acima de 8% (6-12 anos, acima de 65 anos);

Critério 3 – Hipoglicemia grave (um dos itens)

- () Glicemia <50 mg/dL (2 episódios em 6 meses, requerendo ajuda de terceiros ou atendimento hospitalar);
- () Hipoglicemia despercebida (disautonomia: ausência de sintomas neuroadrenérgicos à hipoglicemia)

Obs: os dados devem ser relatados pelo médico assistente e ou registrados em exames laboratoriais ou em glicosímetros.

Critério 4 – Resistência imunológica às insulinas intermediárias NPH (atestada pelo médico assistente):

Especificar: _____

Critério 5 – Outras condições clínicas especiais:

- () DM+gestação ou DMG;
- () DM tipo 1 – já em uso de análogos de ação prolongada e ou fora das metas de controle;
- () Tipo 1 – iniciando insulinoterapia com análogos de ação prolongada e ultrarrápida;
- () Hepatopatia;
- () Neoplasia – tratamento radioterápico e ou quimioterápico;
- () Nefropatia (*clearance* de creatinina abaixo de 30 mL/min) ou macroalbuminúria acima de 300 mg/min) ou em tratamento dialítico;
- () Doença coronariana aguda ou crônica e ou cardiopatia crônica;
- () Doença arterial periférica grave (ITB < 0,5 úlcera ativa) e ou amputação.
- () Outros

Rio Claro, ____ de _____ de _____.

(carimbo e assinatura do Médico(a) assistente)

3. PARECER DO AVALIADOR (Para preenchimento do avaliador da FMSRC)

Nome: _____

Rio Claro, ____ de _____ de _____.

(carimbo e assinatura do Avaliador)

CHECK LIST

(Parte integrante do ANEXO I)

Os documentos abaixo relacionados deverão obrigatoriamente ser entregues juntamente com o ANEXO I - Formulário de solicitação, avaliação e autorização de uso de insulinas análogas de ação prolongada e ultrarrápida da FMSRC, devidamente preenchido.

Os documentos deverão ser protocolados na Farmácia Central – Avenida 2, 238 – entre ruas 3 e 4 para seguimento do processo.

Documentos a serem apresentados e conferidos pela Farmácia Central.

1. Cópia dos documentos pessoais
 - () RG
 - () CPF
 - () Cartão SUS
 - () Comprovante de residência (conta de água ou luz – cópia frente e verso) no município de Rio Claro
2. () Formulário de solicitação, avaliação e autorização de uso de Insulinas Análogas de ação prolongada e ultrarrápida da FMSRC – **ANEXO I** (parte integrante deste Check List);
3. () Cadastro no Programa Hiperdia da FMSRC pelas Unidades Básicas de saúde – UBS ou Unidades de Saúde da Família – USF da área de abrangência residencial;
4. () Receituário médico recente (até 30 dias), com posologia e dosagem, carimbada e assinada pelo médico;
5. () Cópia de resultados de exames de glicemia em jejum e pós-prandial e hemoglobina glicada, sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias;
6. () Automonitorização domiciliar da glicemia (últimos 3 meses);
7. () Controle de atividade física (especificar a modalidade e frequência), controle de carboidratos e peso dos últimos 06 meses.
8. () Relatório médico que descreva o quadro clínico do paciente, onde conste:
 - a) Data do diagnóstico;
 - b) Tipo de diabetes;
 - c) Histórico de utilização anterior de insulinas;
 - d) Justificativa de indicação do Análogo;
 - e) Histórico de controle glicêmico;
 - f) Na ocorrência de hipoglicemia, descrever detalhadamente a frequência (por mês) e a gravidade, se possível com o horário.
9. () Comprovação de participação em programa público de educação em diabetes.

ANEXO II

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA CONTINUIDADE DO USO DE INSULINAS ANÁLOGAS DE AÇÃO PROLONGADA E ULTRARRÁPIDA DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO.

(este Formulário é parte integrante do Protocolo para dispensação de análogos de insulina prolongada e ultrarrápida da FMSRC)

1. DADOS DO PACIENTE (Para preenchimento do solicitante)

Nome: _____

Telefone/celular: _____ Idade: _____ Altura(m): _____ Peso (kg): _____

2. CRITÉRIOS MÉDICOS PARA SOLICITAÇÃO DE INSULINA ANÁLOGA (Para preenchimento do médico assistente)

Dados do Médico(a) assistente

Nome: _____ N.º CRM _____

Tipo de Diabetes Mellitus:

() Tipo 1 () Tipo 2 () DM+Gestação CID: _____ Data Diagnóstico: ____/____/____

Insulina Análoga solicitada para continuidade:

1. _____ 2. _____

3. JUSTIFICATIVAS PARA CONTINUIDADE OU SUSPENSÃO NO USO DE INSULINA ANÁLOGA (Para preenchimento do Médico avaliador)

Justificam a continuidade de insulinas análogas UM dos critérios abaixo, segundo a SBD, SBEM, SBPC/ML, FENAD 2009:

- () A1C (HPLC) atual, igual ou menor que 7,0% (20-65 anos);
- () A1C (HPLC) atual ou menor que 8% (6-12 anos e acima de 65 anos).
- () A1C (HPLC) atual ou menor que 8,5% (0 - 6 anos);
- () Redução mínima de 0,5 – 1,0% no valor da A1C a cada 3 meses;
- () Melhora das hipoglicemias despercebidas;
- () Melhora de resistência imunológica;
- () Presença de doenças intercorrentes ou uso de medicações ou outra condição clínica que possam promover ou contribuir para a manutenção da glicemia fora das metas. Anexar relatórios e exames.

Justificam a suspensão de insulinas análogas UM dos critérios abaixo:

- () Não haver redução de pelo menos 1,0% do valor da A1C (HPLC) referente ao valor prévio, nos últimos 6 meses (exames necessários para comprovação)
- () Não haver redução de hipoglicemias severas
- () Surgimento de resistência imunológica à insulina análoga
- () Não realização de A1C (HPLC) para avaliação da atual condição de controle.

***Caso não se justifique a continuidade da insulina análoga o médico auditor deverá solicitar relatório do médico assistente justificando a continuidade da dispensação do análogo.**

Outras Informações: _____

Rio Claro, ____ de _____ de _____.

(carimbo e Assinatura do Médico(a) Avaliador)

4. PARECER DO AVALIADOR (Para preenchimento do avaliador da FMSRC)

Nome: _____

Rio Claro, ____ de _____ de _____.

(carimbo e assinatura do Avaliador)

CHECK LIST

(Parte integrante do ANEXO II)

Os documentos abaixo relacionados deverão obrigatoriamente ser entregues juntamente com o ANEXO II - Formulário de solicitação para continuidade do uso de insulinas análogas de ação prolongada e ultrarrápida da FMSRC, devidamente preenchido.

Os documentos deverão ser protocolados na Farmácia Central – Avenida 2, 238 – entre ruas 3 e 4 para seguimento do processo.

Documentos a serem apresentados e conferidos pela Farmácia Central.

1. () Formulário de solicitação para continuidade do uso de insulinas análogas de ação prolongada e ultrarrápida da FMSRC – **ANEXO II** (parte integrante deste Check List);
2. () Diário de glicemias dos últimos 03 meses, pelo menos 3 vezes ao dia, preenchido adequadamente por ocasião da renovação, a cada 06 meses, para avaliação da auditoria da rede pública, demonstrando:
 - 2.1.() Receita médica do endocrinologista ou médico assistente atualizada a cada 6 meses
 - 2.2.() Cópia do resultado de hemoglobina glicada a cada 3 meses:
 - A1C (HPLC) atual, igual ou menor que 7,0% (20-65 anos);
 - A1C (HPLC) atual ou menor que 8% (6-12 anos e acima de 65 anos).
 - A1C (HPLC) atual ou menor que 8,5% (0 - 6 anos);
 - Redução mínima de 0,5 – 1,0% no valor da A1C a cada 3 meses;
 - 2.3.() Cópia do resultado de glicemia em jejum a cada 3 meses;
 - 2.4.() Comprovação de participação em programa público de educação em diabetes.