



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE MARACAJU
PROCURADORIA JURÍDICA

DECRETO Nº 203, DE 12 DE JUNHO DE 2019.

PUBLICAÇÃO Nº	1490				
PAGINA	112	DIA	24	06	2019
SETOR	Decreto				
ARQUIVADO NA PASTA DE PUBLICAÇÕES DA ASSESSORIA JURÍDICA	Neis				
VISTO					

"Homologa o Protocolo Municipal de Monitoramento da Glicemia Capilar, e dá outras providências."

O Prefeito Municipal de Maracaju, Estado de Mato Grosso do Sul,
no uso de suas atribuições legais,

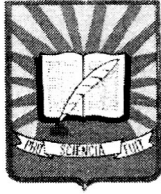
D E C R E T A

Art. 1º. Fica homologado o Protocolo Municipal de Monitoramento da Glicemia Capilar, conforme anexo único deste decreto.

Art. 2º. Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em sentido contrário.

Gabinete do Prefeito Municipal de Maracaju - MS, aos 12 dias do mês de junho de 2019.


MAURÍLIO FERREIRA AZAMBUJA
PREFEITO MUNICIPAL



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE MARACAJU
PROCURADORIA JURÍDICA

ANEXO ÚNICO DO DECRETO Nº 203, DE 12 DE JUNHO DE 2019.

PROTOCOLO DE MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

"Dispõe sobre a dispensação gratuita de insumos necessários ao monitoramento da glicemia capilar aos portadores de Diabetes em Insulinoterapia."

CONCEITOS.

O diabetes *mellitus* é uma doença crônica, caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose, cujo controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento das graves complicações que reduzem a expectativa e comprometem a qualidade de vida do portador desta doença.

As intervenções terapêuticas no diabetes visam o rigoroso controle da glicemia e de outras condições clínicas para prevenir ou retardar a progressão da doença, especialmente as complicações micro e macrovasculares, assim como evitar agudizações, em especial a cetoacidose e o estado hiperglicêmico hiperosmolar. Essas intervenções objetivam minimizar os efeitos adversos do tratamento, garantir adesão do paciente às medidas terapêuticas e garantir o bem estar do paciente e de sua família.

Um programa de cuidado integral ao diabetes *mellitus* deve ter como prioridades estratégicas: a prevenção primária da doença com ações sobre os fatores de risco, a detecção precoce e o tratamento adequado que permita modificar a evolução da doença e prevenir as complicações com melhora da qualidade de vida dos diabéticos.

A abordagem terapêutica deve ser multiprofissional, incluindo a Assistência Farmacêutica, o Monitoramento da Glicemia e outros parâmetros clínicos, planejamento da atividade física e orientação dietética. A participação do paciente e seu envolvimento constante e harmonioso com a equipe de saúde são fundamentais para que as recomendações sejam seguidas e o tratamento efetivo.

Diabetes Mellitus Tipo I (DM I).

O termo "tipo I" indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune, que



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

MUNICÍPIO DE MARACAJU

PROCURADORIA JURÍDICA

pode ser detectado por autoanticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina, e, algumas vezes, está associado a outras doenças auto-imunes como a tireoidite de Hashimoto, a doença de Addison e a Miastenia *gravis*. Em menor proporção, a causa da destruição das células beta é desconhecida (tipo 1 idiopático).

O desenvolvimento do diabetes “tipo I” pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos, (LADA, *latent autoimmune diabetes in adults*; doença autoimune latente em adultos). Esse último tipo de diabetes, embora se assemelhando clinicamente ao diabetes tipo 1 autoimune, muitas vezes é erroneamente classificado como tipo 2 pelo seu aparecimento tardio. Estima-se que 5-10% dos pacientes inicialmente considerados como tendo diabetes tipo 2 podem, de fato, ter LADA.

Diabetes Mellitus Tipo II (DM II).

O termo “tipo II” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave. A maioria dos portadores apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso.

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

É a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente autolimitada, com resolução no período pós-parto. O diabetes é uma das doenças mais encontradas em gestantes. É diagnosticado em 1 a 14% das grávidas e varia com a etnia e o método de diagnóstico utilizado. No Brasil, os levantamentos apontam para uma frequência de aproximadamente 7,6%.

Sua ocorrência indica risco sete vezes maior de desenvolvimento de Diabetes tipo II no futuro. O diabetes gestacional está associado ao risco de resultados perinatais adversos. Entretanto, o conceito atual é de que não apenas o DMG, mas também graus mais leves de intolerância à glicose devam ser detectados e tratados, para melhorar esses resultados.

O diagnóstico é realizado mediante teste de tolerância oral à glicose (TOTG 75g). É importante que o TOTG seja realizado após 3 dias de dieta

Rua Appa, nº 120, Centro, Maracaju/MS, CEP 79150-000, Fone (67)3454-1320

E-mail: procuradoria@maracaju.ms.gov.br



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

MUNICÍPIO DE MARACAJU

PROCURADORIA JURÍDICA

com 250 a 300g de carboidratos ao dia, que a gestante cumpra 8 a 12 horas de jejum e, durante a realização do exame, permaneça em repouso e não fume.

Cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2 podem ser atendidos predominantemente na atenção básica com adequações nos hábitos de vida, orientações dietéticas e atividade física.

INSUMOS.

- a) Tiras reagentes de medida de glicemia capilar;
- b) Lancetas para punção digital;
- c) Glicosímetros.

As tiras reagentes de medida de glicemia capilar serão fornecidas mediante a disponibilidade de aparelhos medidores (glicosímetros).

Automonitoramento da Glicemia Capilar.

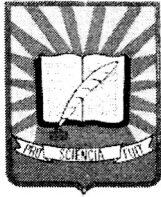
O automonitoramento do nível de glicose do sangue por intermédio da medida da glicemia capilar é considerado uma ferramenta importante para seu controle, sendo parte integrante do autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus* insulino-dependentes.

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1 (DM1), anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2 (DM2), anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência é o diabetes gestacional (DG), detectado no rastreamento pré-natal.

O paciente deve fazer o registro dos resultados das glicemias capilares na frequência estabelecida pela equipe e este deve ser apresentado nos retornos à Unidade.

A amostra do sangue deve ser colhida na ponta dos dedos da mão, acessado com picada de lanceta, daí ser também chamada de glicemia em “ponta do dedo”.

A frequência do automonitoramento deve ser determinada individualmente, dependente da situação clínica, do plano terapêutico, do esquema de utilização da insulina, do grau de informação e compromisso do paciente para o autocuidado e da sua capacidade de modificar sua medicação a partir das informações obtidas.



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

MUNICÍPIO DE MARACAJU

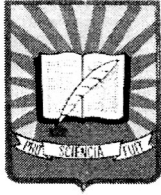
PROCURADORIA JURÍDICA

Os melhores horários para realização dos testes são os horários de maiores descontrole glicêmico:

- a) Testes pré-prandiais: antes do café da manhã, do almoço e do jantar;
- b) Testes pós-prandiais: duas horas após o café da manhã, o almoço e o jantar;
- c) Hora de dormir;
- d) Madrugada (2-3 horas da manhã).

Perante recomendações do Ministério da Saúde, o grupo de trabalho da Secretaria Municipal de Maracaju propõe a distribuição de tiras conforme a Tabela 1.

TIPO DE DIABETES + TERAPIA	FREQUÊNCIA	QUANTIDADE DE CAIXAS (TIRAS) / MÊS
Tipo 2 com antidiabético oral + insulina NPH	1x/dia ou 4x/semana com alternância dos horários do perfil glicêmico	1 caixa (50 tiras)
Tipo 2 com 1 dose NPH cedo, associado ou não com antidiabético oral	1x/dia ou 4x/semana com alternância dos horários do perfil glicêmico (jejum ou pós café ou pós almoço ou pós jantar ou ao deitar)	1 caixa (50 tiras)
Tipo 2 com 2-3 doses NPH (jejum, almoço e ao deitar)	1 - 2x/dia com alternância de horários do perfil glicêmico	1 caixa (50 tiras)
Tipo 1 ou tipo 2 com insulina basal NPH + dose fixa de insulina Regular	2 - 3x/dia (jejum ou pós prandial ou ao deitar)	2 caixas (100 tiras)
Tipo 1 ou tipo 2 com insulina basal NPH + Regular às refeições e correções dependendo da glicemia	3 - 4x/dia (3 pré-prandial e ao deitar)	3 - 4x/dia (3 pré-prandial e ao deitar) 2 caixas (100 tiras)/3 caixas (150 tiras) alternando o mês (1 mês pega 2 e no outro 3 caixas)
Diabetes gestacional em	3 - 4x/dia	3 caixas (150 tiras)



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

MUNICÍPIO DE MARACAJU

PROCURADORIA JURÍDICA

insulinoterapia		
Diabetes gestacional sem insulinoterapia	1x/dia com alternância dos horários do perfil glicêmico	1 caixa (50 tiras)
Tipo 2 SEM INSULINOTERAPIA	Paciente deverá fazer controle de glicemia capilar na Unidade de Saúde.	

Fonte adaptada: Prefeitura Municipal de São Jose dos Pinhais - PR.

Não existem evidências científicas suficientes que o automonitoramento diário da glicemia capilar nos pacientes diabéticos tipo 2 em uso de hipoglicemiantes orais seja efetivo para o melhor controle da glicemia. Quando houver esses casos, o monitoramento da glicemia capilar poderá ser realizado na própria unidade de saúde conforme solicitação médica.

LEGISLAÇÃO.

LEI Nº 11.347, DE 27 DE SETEMBRO DE 2006, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos (anexo).

PORTARIA Nº 2.583, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007, do Ministério da Saúde, que define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347/2006, aos usuários portadores de diabetes *mellitus* (anexo).

CLASSIFICAÇÃO CID-10.

E10: Diabetes *mellitus* insulino-dependente;

O24.0: Diabetes *mellitus* preexistente, insulino-dependente;

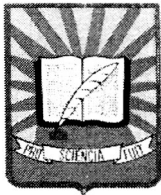
O24.4: Diabetes *mellitus* que surge durante a gravidez;

O24.9 Diabetes *mellitus* na gravidez, não especificado.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.

1. Os insumos serão disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes *mellitus* em tratamento com insulina;

2. Os usuários deverão ser moradores de Maracaju, cadastrados no Sistema Cartão Nacional de Saúde e estar em acompanhamento médico regular;



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

MUNICÍPIO DE MARACAJU

PROCURADORIA JURÍDICA

3. A prescrição para o automonitoramento será feita pelos médicos da Atenção Básica ou Endocrinologistas do SUS. Poderá ser feita pelos médicos da rede privada e/ou conveniada, porém a dispensação será vinculada ao cadastro citado no item 2;

4. Caso seja verificado por qualquer profissional de saúde o descumprimento de qualquer critério da inclusão, o paciente deverá ser referenciado ao médico da Unidade Básica de Saúde;

5. Pacientes em tratamento com insulinoterapia.

Documentos necessários para cadastramento:

1. Declaração médica e solicitação de glicosímetro quando necessário, oriunda do Sistema Único de Saúde ou de serviços conveniados ao SUS, com código da doença (CID – 10);

2. Cópia do Comprovante de Residência com **data inferior a 90 dias**;

3. Cópia de Documento de Identificação com foto (RG, Carteira de Trabalho, Habilitação, Carteira Profissional). Nos casos da requerente ser criança poderá ser apresentada cópia da Certidão de Nascimento, acompanhada do Documento de Identificação do responsável;

4. Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS;

5. Cópia da Receita Médica atualizada (3 meses).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.

Os usuários deixarão de ser beneficiados por este protocolo em caso de:

1. mudança para outro município;

2. não adesão às recomendações terapêuticas dos profissionais de saúde;

3. suspensão da insulinoterapia por orientações médicas:

a) Usuários que são DM 2, que fazem uso de associação de insulina e hipoglicemiantes orais, e que atingiram condição clínica estável, com baixa variabilidade nos resultados dos testes de HbA1C normal ou quase normal. Esses usuários têm menor necessidade de testes e pode-se considerar a devolução de tiras reagentes e glicosímetros. Estes pacientes deverão continuar



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE MARACAJU
PROCURADORIA JURÍDICA

monitorando a glicemia capilar nas Unidades de Saúde e, se necessário, solicitar novamente o glicosímetro caso ocorra descompensação do quadro. Enquanto isso, estes aparelhos poderão ser aproveitados por outros pacientes mais instáveis;

b) Pacientes que usaram insulina durante a gestação (DM gestacional) com suspensão da mesma após o parto ou aborto;

4. óbito (nesses casos a família se responsabilizará pela devolução do glicosímetro e insumos não utilizados);

5. quando o paciente deixar de retirar as tiras reagentes na Unidade por 02 vezes consecutivas, o mesmo deverá realizar recadastramento e apresentar declaração médica atualizada (constando a necessidade, número de tiras reagentes com justificativa, etc.);

6. não apresentar o mapa de monitoramento da glicemia capilar.

GLICOSÍMETRO.

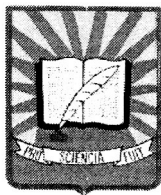
1. O aparelho pertence à Prefeitura Municipal de Maracaju e deve ser devolvido no prazo de 30 dias em caso de: suspensão da Insulinoterapia pelo médico assistente, mudança de município, defeito ou dano ao aparelho, recolhimento do aparelho para substituição em caso de mudança do fornecedor, óbito e exclusão.

1.1. Quando o glicosímetro for devolvido na CAF- Central de Abastecimento Farmacêutico, deverá ser preenchido o Termo de Devolução (Anexo 2). Este aparelho, se estiver em boas condições de uso, poderá ser repassado a outro paciente, caso contrário deverá ser descartado.

1.2. Em casos de troca do aparelho pelo Município, não será necessário preencher o Termo de Devolução, mas o Termo de Responsabilidade (Anexo 1), devendo ser lançada uma observação no termo preenchido acerca da substituição do aparelho.

2. A responsabilidade do usuário sobre o Glicosímetro recebido deverá ser oficializada através do TERMO DE RESPONSABILIDADE DE EMPRÉSTIMO (Anexo 1).

3. Em caso de roubo ou perda do aparelho o usuário deve registrar a ocorrência na delegacia mais próxima e entregar uma cópia do Boletim de Ocorrência na CAF- Central de Abastecimento Farmacêutico para reposição do aparelho.



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

MUNICÍPIO DE MARACAJU

PROCURADORIA JURÍDICA

4. Fica sob a responsabilidade do paciente a **substituição das baterias** do aparelho Glicosímetro, sempre que houver necessidade.

FLUXO DE DISPENSAÇÃO DE TIRAS REAGENTES E LANCETAS.

Documentos necessários:

1. Cópia de Documento de Identificação com foto (RG, Carteira de Trabalho, Habilitação, Carteira Profissional) e cartão SUS. Nos casos do requerente ser criança, poderá ser apresentada cópia da Certidão de Nascimento, acompanhada do Documento de Identificação do responsável;

2. Mapa de monitoramento de glicemia capilar mensal (Anexo 3);

3. Formulário de solicitação de insumos (tira reagente/lancetas) (Anexo 4).

Dispensação das Tiras e Lancetas de Glicemia:

1. Mensalmente o paciente cadastrado no programa deve comparecer à CAF- Central de Abastecimento Farmacêutico para retirada das tiras reagentes e lancetas, trazendo a documentação exigida neste protocolo e o mapa de monitoramento da glicemia capilar.

2. Na mudança do perfil terapêutico com alteração da quantidade de tiras e lancetas, o médico deverá solicitar por escrito através da receita e declaração, especificando o número de medidas diárias e o período necessário, bem como para ajuste de doses. Essa solicitação deverá ser encaminhada para a CAF- Central de Abastecimento Farmacêutico e estará sujeita a avaliação.

3. O cadastro do paciente deverá ser renovado toda vez que houver alteração do perfil da terapia com alteração das quantidades de tiras e lancetas.

FLUXO DE DISPENSAÇÃO DE GLICOSÍMETROS.

1. Será responsabilidade da CAF- Central de Abastecimento Farmacêutico dispensar o aparelho Glicosímetro aos pacientes que se enquadram nos critérios de inclusão estabelecidos neste protocolo e substituir quando necessário. Também preencher o Termo de Responsabilidade de Empréstimo em 2 (duas) vias sendo assim distribuídas: 1ª via para CAF, 2ª via – Usuário;



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

MUNICÍPIO DE MARACAJU

PROCURADORIA JURÍDICA

2. Caso seja verificado o descumprimento de qualquer critério de inclusão, a CAF- Central de Abastecimento Farmacêutico não fará a entrega do Glicosímetro e encaminhará o paciente à Unidade de Saúde responsável;

3. A Solicitação de Glicosímetros para pacientes novos será realizada na CAF- Central de Abastecimento Farmacêutico, conforme Fichas de Cadastro encaminhado para as Unidades Básicas de Saúde.

FLUXO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE.

1. O paciente que receber prescrição médica de insulino terapia deverá ser vinculado ao Cadastro no Sistema Cartão Nacional de Saúde;

2. O médico responsável, após preencher o Cadastro na Unidade de Saúde, deverá orientar a retirada do Glicosímetro, tiras e lancetas na CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico e a Insulina e seringas nas Farmácias Básicas Municipais;

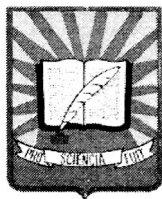
2.1. É responsabilidade dos profissionais de Saúde (enfermeiros, farmacêuticos, médicos, técnicos de enfermagem) orientar o paciente quanto ao manuseio do Glicosímetro, registro dos resultados dos testes glicêmicos e descarte de perfuro cortantes (lancetas e agulhas);

3. Pacientes que possuam Glicosímetro da mesma marca fornecida pelo Município poderão retirar apenas as tiras reagentes, desde que respeitados os critérios da inclusão.

Considerações Gerais.

Para fornecimento dos insumos (Glicosímetros, tiras e lancetas) o paciente portador de Diabetes *Mellitus* em insulino terapia deverá realizar o cadastro na CAF- Central de Abastecimento Farmacêutico.

A escolha e orientação quanto aos horários deverá ser feita pelo médico Responsável. A adesão ao monitoramento é essencial para manutenção do paciente, lembrando que o automonitoramento não deve ser considerado como uma intervenção isolada e sim como um recurso diagnóstico importante para um bom controle glicêmico, desde que utilizado de maneira inteligente, com efetividade de custo e com a frequência de testes especificamente indicada para cada condição clínica.



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

MUNICÍPIO DE MARACAJU

PROCURADORIA JURÍDICA

ANEXO 1 – TERMO DE RESPONSABILIDADE EMPRÉSTIMO

Eu, _____,
paciente da Unidade de Saúde _____,
prontuário nº _____, cartão SUS nº _____,
declaro para os devidos fins estar recebendo 1 APARELHO GLICOSÍMETRO,
marca ACCU CHEK, modelo Active série nº _____.

Estou ciente de que:

- O aparelho foi fornecido em regime de COMODATO;
- Em caso de FURTO ou ROUBO, devo elaborar um BOLETIM de OCORRÊNCIA (BO) e uma cópia (xerox) deverá ser entregue a CAF para reposição do aparelho;
- Em caso de DEFEITO, o aparelho deverá ser devolvido a CAF com este documento relatando defeito apresentado para a substituição.

Nome Legível do Paciente ou Responsável: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

RG: _____

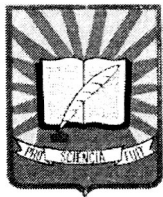
Data: _____

Assinatura

***Este documento será emitido em duas vias de igual teor, sendo que uma será entregue para o paciente e uma via ficará arquivada na CAF.**

Rua Appa, nº 120, Centro, Maracaju/MS, CEP 79150-000, Fone (67)3454-1320

E-mail: procuradoria@maracaju.ms.gov.br



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

MUNICÍPIO DE MARACAJU

PROCURADORIA JURÍDICA

ANEXO 2 – TERMO DE DEVOLUÇÃO.

Eu, _____,
declaro que estou devolvendo o APARELHO GLICOSÍMETRO, marca ACCU
CHEK, modelo Active série nº _____ à
CAF, o qual estava emprestado para o paciente _____.

Motivo da Devolução:

Maracaju - MS, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do Responsável

Assinatura do Recebedor

Rua Appa, nº 120, Centro, Maracaju/MS, CEP 79150-000, Fone (67)3454-1320
E-mail: procuradoria@maracaju.ms.gov.br

12





ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE MARACAJU
PROCURADORIA JURÍDICA

ANEXO 3 – MAPA DE MONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR

ANOTAR OCORRÊNCIAS REFERENTES AOS DIAS - MÊS: _____ / 2019
01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31



Prefeitura Municipal de Maracaju
Secretaria Municipal de Saúde
PROCURADORIA JURÍDICA



CARTÃO MENSAL DE CONTROLE GLICÊMICO
PROGRAMA AMG

MÊS: _____ / 2019

DATA DE RETORNO: _____

NOME: _____ / Gestante

CNS (Cartão SUS): _____

Município Responsável: _____

Peso	Altura	IMC	Uter. Abdominal
Própria SUS ()	Rede Externa SUS ()	Rede Privada - Convênio ()	Conv. Particular ()
Insulinas () NPH () Regular () Análogos - Oral			

Medicamentos por via oral: _____

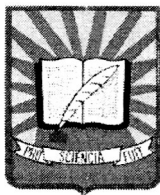
Doses e horários: _____

CAMPO AVALIAÇÃO MÉDICA: Após avaliação deverá ser arquivado no prontuário

CAMPO AVALIAÇÃO ENFERMEIRO (A) – FARMACÊUTICO (A)
Após avaliação deverá ser arquivado no prontuário

DATA	Insulina	Uter. de manhã	Insulina	Almoço	Insulina	Jejum	Insulina	Antes de dormir	Medicamentos
	Resultado Glicêmico Antes	Resultado Glicêmico 2 horas após		Resultado Glicêmico Antes		Resultado Glicêmico 2 horas após		Resultado Glicêmico Antes	
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

13
1
2



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

MUNICÍPIO DE MARACAJU

PROCURADORIA JURÍDICA

ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INSUMOS

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO

Formulário de Solicitação de Insumos para Diabéticos Insulinodependentes

(Todos os campos são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**)

Lei Federal nº 11.347/2006 – Portaria GM/MS nº 2.583/2007

Este Formulário deve ser preenchido em duas vias pelo médico assistente: 1ª via paciente e 2ª via farmácia especializada municipal (CAF). Deve ser sempre apresentado pelo paciente ao retirar mensalmente os insumos de automonitoramento. Não necessita de receita com prescrição dos insumos, somente o formulário. **Esta solicitação tem validade de até 3 meses (90 dias).**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: _____

Dt. Nasc.: ____/____/____ Tel: _____

Prontuário: _____ CNS: _____

Endereço: _____

TIPO DE DIABETES: Tipo 1 () Tipo 2 () Gestacional ()

INSULINAS QUE USA:

() NPH () Regular () Outras: _____

ESQUEMA TERAPÊUTICO:

() Tipo 2 com antidiabético oral +
insulina NPH

() Tipo 2 com 2-3 doses NPH
(jejum, almoço e ao deitar)

() Tipo 2 com 1 dose NPH cedo,
associado ou não com antidiabético
oral

() Tipo 1 ou tipo 2 com insulina
basal NPH + dose fixa de insulina
Regular

Rua Appa, nº 120, Centro, Maracaju/MS, CEP 79150-000, Fone (67)3454-1320

E-mail: procuradoria@maracaju.ms.gov.br

14



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

MUNICÍPIO DE MARACAJU

PROCURADORIA JURÍDICA

() Tipo 1 ou tipo 2 com insulina basal NPH + Regular às refeições e correções dependendo da glicemia

() Diabetes gestacional sem insulino-terapia

() Diabetes gestacional em insulino-terapia

() Tipo 2 SEM INSULINOTERAPIA

RESULTADOS DOS EXAME:

Glicemia de Jejum: _____ HbA1c: _____

Valores de Ref. HbA1c:

Entre 6 - 7% (glicemia controlada)

Acima 7% (glicemia descompensada)

AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO:

Nº de verificações/dia: () 1 () 2 () 3 () 4

Acima de 4 (informar nº de vezes): _____

Justificativa* para automonitoramento: _____

*Justificar a necessidade do uso

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE:

Nome: _____

CRM: _____

Autorizado: _____	Controle de retiradas
Atualizar exames em: ___/___/___	1ª ___/___ 2ª ___/___ 3ª ___/___