GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

Elaboração: 2017	Última revisão: 01/2025	Próxima Revisão: 01/2027	Revisão: 03

DIABETES MELITO TIPO I

CID10: E10.0;E10.1;E10.2;E10.3;E10.4;E10.5;E10.6;E10.7;E10.8;E10.9

PORTARIA CONJUNTA SAS/SCTIE Nº 17, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019.

Informações Gerais
Este é um guia que contém orientações sobre o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento.

Medicamentos CEAF	Insumos
• **Insulina análoga de ação prolongada** 100U/ml solução injetável • **Insulina análoga de ação rápida** 100U/mL solução injetável	• **Fita para determinação de glicose no sangue.** • **Lancetas descartáveis.** • **Agulhas para aplicação de insulina:** 4mmX0,23mm ou 5mmX0223mm

DocumentosPessoaisaseremapresentados(originalecópia)
( ) Carteira de identidade com foto (RG) ( ) Cadastro de Pessoa Física (CPF) ( ) Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência) ( ) Cartão Nacional de Saúde (CNS) ( ) Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos ( ) Termo de responsabilidade para glicosímetro (caso solicite)

DocumentosaserememitidospeloMédico(originalecópia)	
✓ Solicitaçãoinicial	✓ Renovaçãoacada 6(seis)meses
( ) **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); ( ) **Receita Médica**, com posologia para até 6 (seis) meses de tratamento; ( ) **Laudo médico** com descrição de sinais e sintomas de DM1 (ANEXO); ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.** ( ) **Relatório médico para solicitação de insumos** (caso solicite)	( ) **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (em qualquer mudança na terapêutica informar no campo (anamnese) e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); ( ) **Receita Médica**, com posologia para até 6 (seis) meses de tratamento.

Exames (cópias)	
✓ **Solicitação inicial**	✓ **Renovação a cada 6 (seis) meses**
( ) Glicemia plasmática de jejum (Apresentar 2 resultados de diferentes amostras de sangue) ( ) Hemoglobina Glicosilada – AC1 (Apresentar 2 resultados de diferentes amostras de sangue) **OU** ( ) Glicemia aleatória **OU** ( ) Teste oral de tolerância à glicose (TOTG)	( ) Hemoglobina glicosilada;
O resultado dos exames garante uma avaliação precisa sobre o efeito do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Quando houver resultados fora dos parâmetros estabelecidos ou a ausência de algum exame, o médico deverá justificar a situação para que seja devidamente analisada. Dependendo da condição clínica do paciente, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, conforme o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.	

Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam à especialidade de endocrinologia, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e credenciadas à Farmácia de Pernambuco.

Observações:

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente à patologia.
2. No caso de **renovação da LME**, se não houver alteração do tipo, da dose e da orientação de uso do medicamento, médicos de outras especialidades que não as citadas acima poderão realizar o preenchimento para dispensação (embora sempre seja necessário preencher o item de anamnese – o campo que deve conter um relatório sucinto sobre a condição clínica do paciente).
3. No mínimo, a cada 6 (seis) meses, o paciente deverá ser avaliado por um especialista.

Para receber os medicamentos

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se à Farmácia de Pernambuco na data agendada para a entrega dos documentos e dispensação do medicamento. **No ato da entrega, o paciente ou seu representante deve realizar a conferência** (identificação, apresentação farmacêutica, lote, validade e quantidade dispensada), a qual deve estar de acordo com o recibo que será assinado.

Em caso de medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração) não serão dispensados sem a apresentação da caixa térmica e gelo (ou similar) suficientes para acondicionamento e período de transporte.

Observações

- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Em caso de dúvidas que não estejam esclarecidas neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para o remédio em casa, o paciente receberá a ligação e deverá concordar em receber o medicamento. Nesse caso ele deve permanecer no programa no mínimo 6 meses e aguardar o medicamento no período acordado (manhã ou tarde).
- Para acesso a Portaria integral acesse: http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes
- Para acesso a Normas Técnicas Estaduais acesse: http://www.farmacia.pe.gov.br/normas-tecnicas

Termo de Consentimento para tratamento de dados pessoais- Lei LGPD nº 13.709, de 14 de agosto de 2018

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o proprietário dos dados concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Ao aceitar o presente termo, o proprietário dos dados consente e concorda que seus dados serão usados pela Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco para alimentar o Sistema Hórus do Ministério da Saúde para ter acesso ao seu tratamento.

_____

Assinatura do paciente ou responsável legal

LAUDO MÉDICO PARA DIABETES MELLITUS TIPO I

1. Nome do Paciente_____

2. Dados Clínicos:

Diabetes Tipo:_____CID:_____Tempo de Diagnostico: _____

Sintomático? ( ) Sim ( ) Não

Sintomas apresentados: ( ) Poliúria ( ) Polidipsia ( ) Perda ponderal ( ) Noctúria ( ) Polifagia

( ) Outros? quais? _____

_____

3. Paciente apresenta quadro de cetoacidose diabética? ( ) Sim ( ) Não

4. Histórico de Hipoglicemia? ( ) Sim ( ) Não

Nº. de Episódios/mês:
Tipo de Hipoglicemias (últimos 3 meses): ( ) Noturna Freqüente ( ) Severa ( ) Leve/Moderada Freqüente ( ) Falta de percepção da Hipoglicemia

5. Monitorização:

Auto Monitoração: ( )Sim ( )Não
Nº de Testes/Semana:

6. Avaliação farmacoterapêutica: histórico de uso anterior de insulinas:

Nome Genérico	**Dose**	**Início**	**Fim**	**Motivo de Suspensão**

7. PARA1ºSOLICITAÇÃO,transcrever os resultados dos exames **(2 leituras)**:

Exame	**Data**	**Resultado**	**Data**	**Resultado**
Hemoglobina Glicada	/ /	_____%	/ /	_____%

Data: _____

Médico Solicitante:_____CRM:_____

Assinatura e Carimbo

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu,_____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de insulina NPH, insulina regular e insulina análoga de ação rápida e prolongada, indicados para o tratamento da diabete melito tipo 1 (DM 1). Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer os seguintes benefícios: - Melhor controle glicêmico possível; - Melhora dos sintomas relacionados à hiperglicemia; - Diminuição das complicações agudas de DM 1 - Diminuição das complicações crônicas de DM 1; - Diminuição de hipoglicemias graves (necessidade de ajuda de outras pessoas para a recuperação) e de hipoglicemias noturnas. Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos: - insulinas regular, NPH, análogas asparte e lispro: classificadas na gestação como categoria B (estudos em animais não mostraram anormalidades, embora estudos em mulheres não tenham sido feitos; o medicamento deve ser prescrito com cautela); - insulina análoga glulisina: classificada na gestação como categoria C: não se sabe ao certo os riscos do uso na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico. - insulina análoga degludeca: não há experiência clínica com a insulina degludeca em mulheres grávidas, portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico. - insulina análoga detemir: mulheres grávidas, ou que planejam engravidar, ou que estejam amamentando devem procurar seu médico para orientação quando estiver usando este medicamento, pois um ajuste na dose de insulina pode ser necessário durante a gravidez, e, particularmente após o parto. - insulina análoga glargina: categoria de risco na gravidez C: este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. - efeitos adversos das insulinas: hipoglicemia (sintomas de baixo nível de açúcar no sangue) é o efeito mais comum, e pode se manifestar com suor frio, pele fria e pálida, dor de cabeça, batimento cardíaco rápido, enjoo, sensação de muita fome, alterações temporárias na visão, sonolência, sensação incomum de cansaço e fraqueza, nervosismo ou tremores, sensação de ansiedade, sensação de desorientação, dificuldade de concentração. Também pode ocorrer alergia (vermelhidão, inchaço, coceira) e alteração no local de aplicação (por isso a importância de não aplicar sempre no mesmo lugar) e ganho de peso. - contraindicação em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco ou aos componentes da fórmula. Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias de Saúde (SES) a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) Sim ( ) Não

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s): ( ) insulina análoga de ação rápida ( ) insulina análoga de ação prolongada

Local: Data:
Nome do Paciente:
Cartão Nacional de Saúde:
Nome do responsável legal:
Documento de identificação do responsável legal:
_____ **Assinatura do pacienteou responsável legal**
NomedoMédico: CRM: UF:
_____ **Assinatura e carimbo médico** Data:

Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do componente especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma ficará arquivada na farmácia e a outra será entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE INSUMOS

O (A) Sr (a) _____portador de Diabetes Mellitus, CID _____, Tem indicação para realizar auto-monitorização glicêmica domiciliar. Encaminhamos este(a) paciente à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco para solicitar os insumos necessários para a realização do referido procedimento:

( ) 01 glicosímetro

( ) Tiras reagentes para glicemia _____ unidades/mês

( ) Lancetas para punção digital (conforme tiras)

( ) Agulhas _____unidades/mês

Nº de Testes/Semana:

Justificativa para solicitação: (**para solicitações que ultrapassem 6 testes/dia**):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Médico Solicitante:_____CRM:_____Data: _____

Assinatura e Carimbo

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RERCEBIMENTO DE GLICOSÍMETRO

Eu,_____, brasileiro, identidade nº _____, CPF_____,mediante este instrumento de aceitação responsabilizo-me pelo uso e conservação domonitor de glicemia_____da marca _____, número de série _____, de propriedade da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, por prazo indeterminado, a contar desta data, e comprometo-me a devolvê-lo em perfeito estadofindo sua utilização. Estou ciente sobre o seu manuseio correto, assim como de sua manutenção e conservação. Comprometo-me a contatar a Unidade onde retirei o equipamento em caso de mau funcionamento ou quebra para avaliação e substituição. Tenho ciência de que, em caso de roubo ou furto, devo comparecer à Unidade de Saúde portando a ocorrência policial para que seja analisada a troca. Em caso de óbito, os familiares deverão se comprometer com a devolução do equipamento. Por estar de acordo, assino o presente termo.

_____, de _____de _____

_____

Assinatura do paciente ou responsável

Qualquer dúvida quanto ao funcionamento do aparelho, você poderá procurar a Farmácia ou ligar para o SAC da empresa (telefone na embalagem do equipamento).

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

Secretaria de Saúde PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente*

5-Peso do paciente* ____ kg

4- Nome da Mãe do Paciente*

6-Altura do paciente* ____ cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10*

10- Diagnóstico

11- Anamnese*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

☐ SIM. Relatar:

☐ NÃO

13- **Atestado de capacidade***

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo comos artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

☐ NÃO ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____ Nome do responsável

14-- Nome do médico solicitante*

17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*

16- Data da solicitação*

18 - **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*:** ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante
☐ Outro, informar nome: _____ e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*
☐ Branca ☐ Amarela
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: _____
☐ Parda ☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente
☐ CPF ou ☐ CNS

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22- Correio eletrônico do paciente

*** CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

DIRETORIA GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Secretaria de Saúde

GOVERNO DO ESTADO PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO. MAIS FUTURO.

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação n° 2, de 28 de setembro de 2017)

Nome Paciente: _____ **CNS:** _____

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*			
Nome Completo:			
Nº Doc. de Identidade (RG):	**UF:**	**Órgão Emissor:**	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	**Nº**	**Complemento:**	
Bairro:	**UF:**	**Município:**	**CEP:**
Telefones para contato:			
Email:			
REPRESENTANTE 2*			
Nome Completo:			
Nº Doc. De Identidade (RG):	**UF:**	**Órgão Emissor:**	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	**Nº**	**Complemento:**	
Bairro:	**UF:**	**Município:**	**CEP:**
Telefones para contato:			
Email:			
REPRESENTANTE 3*			
Nome Completo:			
Nº Doc. de Identidade (RG):	**UF:**	**Órgão Emissor:**	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	**Nº**	**Complemento:**	
Bairro:	**UF:**	**Município:**	**CEP:**
Telefones para contato:			
Email:			

*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data: __/__/20__ **Assinatura do paciente:** _____

Campo para digital