



GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

Elaboração: 2021

Última revisão: 14/09/2024

Próxima Revisão: 09/2026

Revisão: 05

DIABETES MELITO TIPO II

CID 10: E11.2; E11.3; E11.4; E11.5; E11.6; E11.7; E11.8; E11.9
PORTARIA SECTICS/MS Nº 7, DE 28 DE FEVEREIRO DE 2024

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	Medicamentos Componente Básico
Dapaglifozina 10mg comprimido	Cloridrato de Metformina 500mg e 850mg comprimido; Glibenclamida 5mg comprimido; Glicazida 30mg e 60mg comprimido; Insulina NPH 100 U/ml suspensão injetável; Insulina Regular 100U/ml solução injetável.

Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)

- () 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

Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)

<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses
<p>() 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);</p> <p>() Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;</p> <p>() Laudo médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico (ANEXO);</p> <p>() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</p>	<p>() 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);</p> <p>() Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento.</p> <p>() Laudo médico, descrevendo histórico clínico do paciente, em caso de alteração da terapêutica (ANEXO).</p>

Exames (cópias)

<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses
<p>() Hemoglobina Glicosilada – AC1 ou Hemoglobina Glicada (Apresentar 2 exames dos últimos 6 meses - com intervalos entre os exames de pelo menos 2 meses);</p> <p>OU</p> <p>() Glicemia aleatória > 200 mg/dL ou glicemia de jejum 8 horas ≥126 mg/dL (Apresentar 2 exames dos últimos 6 meses);</p> <p>OU</p> <p>() Glicemia 2 horas após sobrecarga oral com 75 g de glicose 200 ≥mg/dL (Apresentar 2 exames dos últimos 6 meses – com intervalo entre os exames de pelo menos 1 mês).</p> <p>() Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)</p>	<p>() Hemoglobina glicosilada;</p> <p>() Sumário de Urina.</p>

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Em casos de resultado fora do especificado ou ausência de algum exame o médico deverá justificar para ser analisado.

Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de

acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença.

Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS com especialidades afins (descrita em carimbo ou justificada em laudo), regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e credenciadas à **Farmácia de Pernambuco**.

Para receber os medicamentos

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

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 esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para o remédio em casa, o paciente recebe a ligação e concorda 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 do dado consente e concorda que seus dados serão usados pela Secretaria 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 SOLICITAÇÃO DE DAPAGLIFOZINA

1. Nome do Paciente _____

2. Dados Clínicos:

Diabetes Tipo: _____ CID: _____ Tempo de Diagnóstico: _____

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

3. Monitorização:

Auto Monitorização: () Sim () Não

Nº de Testes/Semana:

4. Avaliação farmacoterapêutica: histórico de uso anterior de tratamentos:

Nome Genérico	Dose	Início	Fim	Motivo de Suspensão

5. Justificativa para solicitação: Com base no PCDT: Descrever evolução se existe presença de doenças cardiovasculares e eventuais efeitos adversos:

Data: _____

Médico Solicitante: _____ CRM: _____

(Assinatura e carimbo)

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Cloridrato de metformina, glibenclamida, glicazida, insulina NPH, insulina regular, Dapagliflozina

Eu, (nome do[a] paciente), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de cloridrato de metformina, glibenclamida, glicazida, insulina NPH, insulina regular e dapagliflozina, indicados para o tratamento da diabetes melito tipo 2. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo (a) médico (a) (nome do médico que prescreve). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis. Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o (s) medicamento (s) que passo a receber pode (m) trazer os seguintes benefícios: - prevenção das complicações da doença; - controle da atividade da doença; - melhora da capacidade de realizar atividades funcionais; e - melhora da qualidade de vida. Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos: - Efeitos adversos do cloridrato de metformina: gravidez; insuficiência renal com $TFG < 30 \text{ ml/min}/1,73 \text{ m}^2$, hepática descompensada, cardíaca ou pulmonar, e acidose grave; pré e pós operatório e em pacientes submetidos a exame de imagem com contraste.

Efeitos adversos da glibenclamida e glicazida: gravidez; insuficiência renal ou hepática.

Efeitos adversos da insulina NPH e regular: não há contraindicações absolutas. Atentar para hipoglicemias. Reações alérgicas são raras, usualmente cutâneas e passíveis de manejo com dessensibilização ou troca de apresentação.

Efeitos adversos da dapagliflozina: gravidez e período de lactação; não deve ser usado em pacientes com disfunção renal moderada a grave (com TFG estimada persistentemente inferior a $45 \text{ ml/min}/1,73 \text{ m}^2$). Ressalta-se que o risco de ocorrência de efeitos adversos aos medicamentos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este (s) medicamento (s) somente pode (m) ser utilizado (s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo (s) caso não queira ou não possa utilizá-lo (s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistir de usar o (s) medicamentos (s).

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos: () dapagliflozina

Local:	Data:
Nome do Paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	
Assinatura do paciente ou responsável legal	
Nome do Médico:	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.

Sistema
Único de
Saúde

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

Secretaria de
SaúdeGOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
Mais Transparência, Mais FazendoDIRETORIA GERAL DE
ASSISTÊNCIA
FARMACÉUTICA
SECRETARIA EXECUTIVA DE
ATENÇÃO À SAÚDE

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

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*	
4- Nome da Mãe do Paciente*	
5- Peso do paciente*	
6- Altura do paciente*	

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 com os 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*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF: _____

<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela	19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*	20- Telefone(s) para contato do paciente
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____		
<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação		
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS	_____	23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
22- Correio eletrônico do paciente		

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação nº 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*

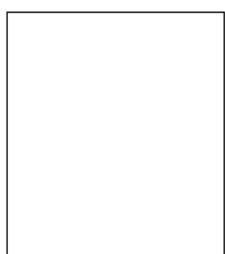
Nome Completo:			
Nº Doc. De Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:		Nº	Complemento:
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			

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