GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

Elaboração:2012	Última revisão: 05/2023	Próxima Revisão:05/2025	Revisão: 06

DIABETES MELLITUS TIPO 2 E GESTACIONAL

CID10: Diabetes 2: E11; E11.2; E11.2; E11.3; E11.4; E11.5; E11.6; E11.7; E11.8; E11.9

Diabetes Gestacional: O24.4; O24.9;

NORMA TÉCNICA SES/PE Nº 03/2012.

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
Prandial (análoga de ação rápida)	**Insulina Aspart100UI/ml** **Insulina Lispro 100UI/ml**	**Fita para determinação de glicose no sangue.** **Lancetas descartáveis.** **Agulhas para aplicação de insulinas: 4mmX0,23mm** **5mmX0,23mm**
Basal (Análoga de ação prolongada)	**Insulina Glargina100UI/ml** **Insulina Degludeca100UI/ml**	

Para diabetes tipo 1 (CID E10.2; E10.3; E10.4; E10.5; E10.6; E10.7; E10.8; E10.9) solicitação dos análogos de insulina conforme PORTARIA CONJUNTA Nº 17, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 (PCDT Diabete Melito Tipo 1) , informações no guia Diabetes Melito tipo I Podendo ser realizado cadastro para recebimento dos insumos conforme Norma Técnica.

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

Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)	
✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 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 forsuficiente utilizar laudo complementar); () **Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; () **Laudo médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; () **Laudo médico para insulinas análogas;** () **Laudo médico para solicitação de insumos;** () **Termo de responsabilidade para receber glicosímetro.**	() **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 forsuficiente utilizar laudo complementar); () **Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. () **Laudo médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico, para mudança de posologia. () Laudo médico para solicitação de insumos.

Exames (cópia)	
✓ **Solicitação inicial**	✓ **Renovação a cada 6 (seis) meses**
( ) Hemoglobina Glicosilada–AC1 ou Hemoglobina Glicada. ( ) Apresentar 2 exames dos últimos 6 meses – com intervalos entre os exames de pelo menos 3 meses.	() Hemoglobina glicosilada, após controle (a cada 6 meses); () Contagem de carboidratos; () Sumário de urina (a cada 6 meses).
	✓ **Renovação a cada 12 (doze) meses**
	() Perfil lipídico; () Creatinina; () Exame dos pés em caso de neuropatia; () Fundoscopia.
O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo noseu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Em casos de resultados 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	

DIRETORIA GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Secretaria de Saúde
PERNAMBUCO
SUS

Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade endocrinologia de que trata este documento, 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 a esta patologia.

2. Quando da RENOVAÇÃO DA LME, se não houver alteração do tipo, dose e orientação de uso da medicação, médicos de outras especialidades que não a(s) citada(s) acima poderão fazer o preenchimento para dispensação (embora sempre deverão preencher o item de anamnese – o campo que dever conter um relatório sucinto – da condição clínica do paciente.

3. No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista.

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 está de acordo com o recibo que o mesmo assinará);

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 concordar em receber o medicamento. Nesse caso deve-se 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 nº13.709, de 14 de agosto de 2018

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qualo 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 utilizados 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 INSULINAS ANÁLOGAS

Basal ()Glargina ()Degludeca
Prandial ()Aspart()Lispro

*No caso do médico optar pela opção de uma OU outra poderá deixar explícito.

1. Nome do Paciente _____

2. Dados Clínicos:

Diabetes Tipo:_____CID: _____Tempo de Diagnostico:_____

Histórico de Hipoglicemia? ( )Sim( )Não Nº. De Episódios/mês: _____

Tipo de Hipoglicemias (últimos 3 meses):

( )Leve/Moderada Freqüente ( )Faltade percepção da Hipoglicemia ( )Noturna Freqüente ( )Severa

3. Monitorização:

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

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

NomeGenérico	Início	Fim	MotivodeSuspensão

5. Justificativa para solicitação (descrever evolução e eventuais efeitos adversos):

_____

_____

_____

_____

PARA 1º SOLICITAÇÃO, transcrever os resultados dos exames **(2 leituras realizadas nos últimos 6 meses):**

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

Médico Solicitante:_____CRM:_____Data: _____

Assinatura e Carimbo

DIRETORIA GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Secretaria de Saúde
PERNAMBUCO
SUS

RELATÓRIO MÉDICO PARA INSUMOS

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

( ) 01 glicosímetro

( ) Tiras reagentes para glicemia _____ unidades/mês

( ) Lancetas para punção digital (conforme tiras)

( ) Agulhas _____unidades/mês

NomeGenérico	Posologia
Aspart	
Degludeca	
Glargina	
Lispro	

Justificativa para solicitação (Se a prescrição ultrapassar 6 testes/dia, o paciente deverá apresentar laudo ou justificativa médica):

Médico Solicitante:_____CRM:_____Data: _____

Assinatura e Carimbo

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu,_____, brasileiro, identidade nº _____, CPF_____,mediante este instrumento de aceitação responsabilizo-mepelousoeconservaçãodomonitordeglicemia_____damarca _____, 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*

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

16- Data da solicitação*

17- Assinatura e carimbo do médico*

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

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

*** 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