

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INSULINA E INSUMOS – DIABETES INSULINODEPENDENTES
(LEI FEDERAL 11.347/06 - PORTARIA MINISTÉRIO DA SAÚDE 2.583/07)**

A avaliação e retorno médico para portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes que necessitam de automonitoramento glicêmico é a cada 06 meses, pois são pacientes estratificados como de alto risco.

portanto, esta solicitação tem validade de 06 meses.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____ CNS: _____

CPF: _____ MÃE: _____

DATA DE NASC: ____/____/____ ENDEREÇO: _____

Nº _____ CEP: _____ - _____ BAIRRO: _____ - AMARANTE – PI.

FONE/CONTATO: () _____ - _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL:

NOME: _____ CPF: _____

FONE/CONTATO: () _____ - _____ CEP: _____ - _____

ENDEREÇO: _____

TIPO DE DIABETES E INSULINA:

ANO DE DIAGNÓSTICO: _____

DIABETES MELLITUS: () TIPO I () TIPO II INSULINODEPENDENTE () GESTACIONAL

INSULINA: () NPH () REGULAR () OUTRAS - ESPECIFICAR: _____

DOSE DIÁRIA DE INSULINA:

1 - _____ UI - HORÁRIO: _____ 2 - _____ UI - HORÁRIO: _____

3 - _____ UI - HORÁRIO: _____ 4 - _____ UI - HORÁRIO: _____

5 - _____ UI - HORÁRIO: _____ 6 - _____ UI - HORÁRIO: _____

| RESULTADO DE EXAMES | DATA | DATA | DATA |
|-------------------------------|------|------|------|
| GLICEMIA DE JEJUM | | | |
| HEMOGLOBINA GLICADA (HbA1c)* | | | |
| GLICEMIA PÓS-PRANDIAL OU TOTG | | | |

*No mínimo 02 avaliações anuais

AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO DIÁRIO:

() APARELHO GLICOSÍMETRO () TIRAS REAGENTES PARA DOSAGEM DE GLICEMIA CAPILAR

() LANCETAS PARA PUNÇÃO DIGITAL Nº DE VEZES/DIA () 1 () 2 () 3 () 4 () MAIS DE 04 – INFORMAR Nº DE VEZES/DIA: _____ JUSTIFICAR PARA MAIS DE 04 VERIFICAÇÕES: _____

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: _____

AMARANTE – PI, DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR MÉDICO

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO PELO PRESCRITOR/MÉDICO EM 02 VIAS.

01 VIA – PACIENTE

01 VIA – FARMÁCIA BÁSICA