



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DAS – COORDENAÇÃO GERAL DE FARMÁCIA E BIOQUÍMICA/COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE DIABÉTICO INSULINODEPENDENTE PARA RECEBIMENTO DE INSUMOS PARA AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR

DADOS PESSOAIS

Nome completo:	Idade:
Cartão SUS:	Tel.:
U.S. de origem:	Tel.:
Nome do médico assistente:	Prontuário:
Nome do responsável legal:	

DADOS DE SAÚDE

DIABETES TIPO: 1 () 2 () GESTACIONAL ()	DATA DIAGNÓSTICO: ___/___/___
HISTÓRICO DE HIPOGLICEMIA: SIM () NÃO ()	Nº EPISÓDIOS/MÊS: _____
ATIVIDADE FÍSICA: SIM () NÃO ()	HIPERTENSO: SIM () NÃO ()

TIPOS DE INSULINA EM USO

NPH () REGULAR () ANÁLOGA DE AÇÃO PROLONGADA () ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA ()

ASSINALE O ESQUEMA TERAPÊUTICO ATUAL

TERAPIA	FREQUÊNCIA*	QUANTIDADE DE TIRAS/MÊS
DIABETES TIPO 1		
Insulina Basal (NPH ou análoga) + bolus alimentar (regular ou ultrarrápida) Doses fixas	2x/dia	50
Insulina Basal (NPH ou análoga) + bolus alimentar (regular ou ultrarrápida) com correções dependendo do valor da glicemia	3-4x/dia (3 pré-prandiais e 1 ao deitar)	100
Contagem de carboidratos / Correções dependendo do valor da glicemia	Até 6x/dia	150
DIABETES TIPO 2		
1 ou 2 doses fixas de insulina NPH ou análogo	4x/semana com alternância dos horários do perfil glicêmico	50 a cada 2 meses
3 doses fixas de NPH (jejum, almoço e ao deitar), SEM insulina Regular	1x/dia com alternância dos horários do perfil glicêmico	50 a cada 2 meses
Insulina basal (NPH ou análogo) + bolus alimentar (regular ou análoga em dose fixa)	2x/dia	50
Insulina basal (NPH ou análogo) + bolus alimentar (regular ou análoga) e Correções dependendo do valor da glicemia.	3-4x/dia	100
Contagem de Carboidratos	Até 6x/dia	150
DIABETES GESTACIONAL		
COM insulino terapia	3-4x/dia	100

* A equipe de saúde poderá alterar os horários das glicemias de acordo com a necessidade do paciente.

Caso a demanda por testes de glicemia capilar seja diferente do preconizado, justificar abaixo o motivo (DM1 ou 2

descompensados, início de insulino terapia, ajuste de doses, estresse cirúrgico, infecções, hipoglicemias graves, uso de diabetogênicos ou outras situações que necessitem de mais verificações ao dia) e o período necessário.

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

Documentos que devem ser apresentados ao Serviço de Farmácia da Unidade de Saúde, juntamente com este formulário devidamente preenchido:

1. Cópia do comprovante de residência atualizado;
2. Cópia do cartão SUS – Maceió;
3. Cópia da carteira de Identidade e CPF;
4. Prescrição de insulina atualizada, proveniente do município de Maceió, prescrito em duas vias pelo médico assistente.

Maceió (AL), ____/____/____

Assinatura/Carimbo Médico

PARA PREENCHIMENTO NO RECEBIMENTO DO MONITOR

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Pelo presente TERMO, eu, _____,

RG _____, CPF _____, contato pelo telefone _____, mediante este instrumento de aceitação, assumo ter recebido um glicosímetro da marca _____, n. série _____ e me comprometo a:

- 1º) Zelar pelo bom manuseio e conservação do aparelho de verificação de glicemia capilar;
- 2º) Em caso de perda ou roubo, fazer boletim de ocorrência e encaminhar documento para farmácia onde estou cadastrado, para resgatar um novo aparelho;
- 4º) Em caso de defeito do aparelho, procurar a Farmácia onde estou cadastrado para trocá-lo;
- 5º) Caso se faça necessário, comprometendo-me a devolvê-lo em perfeito estado.

Maceió (AL), ____/____/____

Assinatura do farmacêutico

Assinatura Paciente ou responsável

DEVOLUÇÃO DE MONITOR

Atestamos que o equipamento foi devolvido em ____/____/____, nas seguintes condições:

- () Em perfeito estado
() Apresentando defeito
() Faltando peças ou acessórios

Assinatura do responsável pelo recebimento