

# Guia de Orientação ao Usuário Diabetes Insulino Dependente

**PCDT / CID 10: E10.2; E10.3; E10.4; E10.5; E10.6; E10.7; E10.8; E10.9; O24.4; O24.9**

**1. Medicamentos**

Insulina Aspart 100UI/mL Insulina Lispro 100UI/mL	Insulina Glargina 100UI/mL, Insulina Detemir 100UI/mL
--	--

**2. Documentos a serem apresentados (original e cópia)**

**2.1. Documentos pessoais**

Solicitação inicial
<input type="checkbox"/> Carteira de Identidade – RG <input type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Física – CPF <input type="checkbox"/> Cartão Nacional de Saúde – CNS <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência ( <i>Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência</i> ) <input type="checkbox"/> Declaração Autorizadora, <i>caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos</i>

**2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico**

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização De Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento. <input type="checkbox"/> Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.	<input type="checkbox"/> LME – Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento; Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar..

**2.3. Exames**

Solicitação inicial	Renovação a cada 6 (seis) meses
<input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicosilada – AC1 ou Hemoglobina Glicada. Apresentar 2 exames dos últimos 6 (seis) meses) ou Relatório Médico	<input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicosilada, após controle a cada 6 (seis) meses.

**3. Serviços de Referência**

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade correspondente a patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
--

**4. Para Receber os Medicamentos**

O Usuário ou seu Representante deve comparecer, na data agendada, à Farmácia de Maceió munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.
---

**5. Observações:**

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias; 2. Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias; 3. Os documentos (LSM – Laudo para Solicitação de Medicamento, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente; 4. Regras estabelecidas pela Norma Técnica 03/2012, para o tratamento de Diabetes Insulino Dependente.
---

<b>HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO</b> 07:30hs às 16:30hs. Segunda a sexta	<b>CENTRAL TELEFÔNICA</b> 3315-6109 e 3315-6110, HORÁRIO DE ATENDIMENTO 07:30hs às 16:30hs.	<b>PORTAL SESAU/LINK CEAF</b> "portal.saude.al.gov.br/daf" (todas as letras devem ser minúsculas)
--	--	---

**Laudo Médico**

ANÁLOGOS DE INSULINA ( ) Glargina ( ) Detemir ( ) Aspart ( ) Lispro

**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: ( ) Noturna Freqüente ( ) Severa ( ) Leve/Moderada Freqüente  
( ) Falta de percepção da Hipoglicemia

**3. Monitorização**

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

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

Nome Genérico	Dose	Início	Fim	Motivo de Suspensão

**5. Justificativa para solicitação: Com base na Norma Técnica: Descrever evolução e eventuais efeitos adversos**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PARA 1ª SOLICITAÇÃO, transcrever os resultados dos exames (2 leituras realizado nos últimos 6 meses)

Exame	Data	Resultado	Data	Resultado
Hemoglobina Glicada	/ /	Mg/dL	/ /	Mg/dL

Médico Solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo



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

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO**

**SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

1- Nome do Paciente \_\_\_\_\_ 2- CNS \_\_\_\_\_

3- Nome do estabelecimento do médico solicitante \_\_\_\_\_ 4- CNES \_\_\_\_\_

	5- Medicamento	6- Quantidade solicitada		
		1º mês	2º mês	3º mês
1				
2				
3				
4				
5				

**JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)**

7- Diagnóstico \_\_\_\_\_ 8- CID-10 Principal \_\_\_\_\_ 9- CID-10 Secundário \_\_\_\_\_

10- Anamnese \_\_\_\_\_

11- Alterações laboratoriais significativas \_\_\_\_\_

12- Tratamentos prévios \_\_\_\_\_

**ATESTADO DE CAPACIDADE**

13- 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 \_\_\_\_\_ 15- Data da solicitação \_\_\_\_\_ 16- Assinatura e carimbo do médico \_\_\_\_\_

18- Documento  CPF  CNS 17- Nº documento \_\_\_\_\_

**DADOS COMPLEMENTARES DO PACIENTE**

19- Data de nascimento \_\_\_\_\_ 20- Altura (m) \_\_\_\_\_ 21- Peso (Kg) \_\_\_\_\_ 22- Sexo  Masc  Fem \_\_\_\_\_ 23- Município de residência/UF \_\_\_\_\_

24- Endereço \_\_\_\_\_

25- Telefone de contato \_\_\_\_\_ 26- Nome da mãe ou responsável \_\_\_\_\_

27- Nome do profissional responsável pelo preenchimento \_\_\_\_\_ 28- Data preenchimento \_\_\_\_\_ 29- Assinatura do responsável pelo preenchimento \_\_\_\_\_

29- Documento  CPF  CNS 30- Nº documento \_\_\_\_\_