

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



PRIMEIRA SOLICITAÇÃO ou RENOVAÇÃO
DE DISTRIBUIÇÃO DE TIRAS (FITAS) REAGENTES ACIMA DO PADRÃO CIB SUS/MG
PARA DIABÉTICOS USUÁRIOS DE INSULINA OU DIABETES GESTACIONAL



Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Comprovação de munícipe BH/Prontuário Eletrônico: _____

Obrigatório anexar: RECEITUÁRIO (insulinas e tiras (fitas) reagentes), RELATÓRIO DETALHADO e MAPA GLICÊMICO

(OBS.: A AUSÊNCIA DOS DOCUMENTOS IMPLICARÁ EM CANCELAMENTO DO PROCESSO)

1. Classificação do Diabetes: () Tipo 1 () LADA () Tipo 2
() Gestacional (Data Provável do Parto: ____/____/____) () Outro: _____

2. Hemoglobina Glicada (HbA1c): _____ % Data do exame: ____/____/____ (realizada últimos 6 meses)

3. Usa hipoglicemiante oral? () Não () Sim. Quais: _____

4. Tratamento com insulina:

Basal: () NPH () Glargina Dose diária: _____

Rápida: () Regular () Análogo de insulina ultrarrápida Dose diária: _____

() Outra – especificar: _____ Dose diária: _____

5. Quantitativo e período necessário (Especificar. Se não especificar, será fornecido quantitativo padrão por 90 dias):

SOLICITO _____ (ATÉ 06) tiras (fitas) reagentes ao dia por _____ (ATÉ 180) dias.

Quadro clínico do usuário que justifica o pedido acima do preconizado (CIB-SUS/MG Nº 2.964 DE 17 DE JULHO DE 2019), conforme item 2 da NOTA TÉCNICA ASSISTENCIAL 001/2021 discriminado em Relatório a ser anexo:

- () DM 1 ou DM 2 usuário de insulina em menor de 19 anos diagnosticado há menos de 06 meses* (anexar relatório); E/OU
() Processo de insulinização recente ou novo* (anexar relatório); E/OU
() Doença Renal Crônica* estágio mínimo G3b E/OU A3 (TFG < 45 mL/min/1,73 m² E/OU albuminúria > 300 mg/g comprovada em 02 exames (amostra única e/ou urina 24h) (anexar relatório); E/OU
() Doença Oftalmológica* (retinopatia diabética – anexar relatório); E/OU
() Doença Vascular Central ou Periférica*: () AVE; () AIT; () insuficiência coronariana; () insuficiência vascular periférica e/ou amputações; () alteração vascular subclínica (anexar relatório discriminando qualquer das condições); E/OU
() Doença Neuropática*: () hipoestesia; () úlcera; () deformidade; () acompanhamento Ambulatório Pé Diabético - (anexar relatório médico discriminando qualquer das condições); E/OU
() Internações nos últimos 03 meses* por hiperglicemia (com ou sem cetoacidose diabética) ou hipoglicemia (anexar relatório).

PRESCRITOR (carimbo/assinatura)

*ATENÇÃO: Todas as condições assinaladas devem estar discriminadas no Relatório Médico.



DEFERIMENTO DA PRIMEIRA SOLICITAÇÃO ou DA RENOVAÇÃO

DE DISTRIBUIÇÃO DE TIRAS (FITAS) REAGENTES ACIMA DO PADRÃO CIB SUS/MG.



(PREENCHIMENTO EXCLUSIVO CENTRO DE SAÚDE - CS)

PRIMEIRA PRESCRIÇÃO INTERNA (DO CS)

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA
DISPENSAÇÃO

PRESCRITOR (carimbo/assinatura)

RESPONSÁVEL (carimbo/assinatura)

PRIMEIRA PRESCRIÇÃO EXTERNA:

(PARECER TÉCNICO A SER REALIZADO PELA eSF ou EQUIPE APOIO DO CS)

() Deferido () Indeferido

Autorizo o fornecimento de
_____ tiras (fitas) reagentes
ao dia por _____ dias.

RESPONSÁVEL (carimbo/assinatura)

RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO.

É NECESSÁRIO AVALIAÇÃO CLÍNICA E ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO POR CADA PROFISSIONAL ABAIXO:

AVALIAÇÃO FARMACÊUTICO OU
NUTRICIONISTA.

() Deferida () Indeferida

RESPONSÁVEL (carimbo/assinatura)

AVALIAÇÃO ENFERMAGEM

() Deferida () Indeferida

RESPONSÁVEL (carimbo/assinatura)

AVALIAÇÃO MÉDICA

() Deferida () Indeferida

RESPONSÁVEL (carimbo/assinatura)

Justificativa indeferimento:

DEMAIS INSUMOS: DISPENSAÇÃO SEGUNDO NT VIGENTES GAFIE/SMSA- PBH