

FICHA MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE INSULINA ANÁLOGA

NOME: _____

1. Histórico de utilização de insulina de ação rápida:

() Insulina Humana Regular –Tempo de uso(meses): _____

() Insulinas análogas de ação rápida –Tempo de uso (meses): _____

2. Quais dos eventos abaixo justificamos uso de insulina análoga de ação rápida?

() Poliúria

() Polidipsia

() Polifagia

() Emagrecimento sem outra causa aparente e

() cetoacidose diabética prévia

() Glicemia aleatória maior do que 200 mg/dL na presença de sintomas clássicos de hiperglicemia (polidipsia, poliúria e perda inexplicada de peso);

() Glicemia em jejum de 8h ≥ 126 mg/dL em duas ocasiões;

() Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga ≥ 200 mg/dL em duas ocasiões;

() HbA1c $\geq 6,5\%$ em duas ocasiões;

() Hipoglicemia grave*(definida pela necessidade de auxílio de um terceiro para sua resolução);

() Hipoglicemias não graves repetidas*(definidas como dois episódios ou mais por semana) caracterizadas por episódios de glicemia capilar < 54 mg/dL com ou sem sintomas ou < 70 mg/dL acompanhado de sintomas (tremores, sudorese fria, palpitações e sensação de desmaio);

() Hipoglicemias noturnas repetidas*(definidas como mais de um episódio por semana).

() Outros: _____

*Excluídos fatores causais como redução de alimentação e/ou exercício físico sem redução da dose de insulina, revisão dos locais de aplicação de insulina, uso de doses excessivas de insulina, uso excessivo de álcool.

3. O paciente está apto a realizar a automonitorização da glicemia capilar (AMG) no mínimo três vezes ao dia?

() Sim () Não

Obs. As solicitações de insulina de ação Rápida deverão ser protocoladas somente no SEREDI CEM e CEI.

DATA ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico