



Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica
Coordenadoria Geral de Assistência Farmacêutica
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada

Orientações para solicitação de medicamento para: DIABETE MELITO TIPO 2

E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9

Dapagliflozina

- Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão.
Obs.: TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS!
- Receita Médica**, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = nome genérico), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.
- Cópia** de **Exames** complementares mais recentes que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico):
- Dosagem de Glicemia de jejum, hemoglobina glicada, creatinina sérica, e proteinúria
 - Colesterol Total e frações, Triglicérides
 - Taxa de filtração glomerular
 - Fundoscopia
 - Exame comprobatório de doença cardiovascular estabelecida.
- Cópia dos Documentos Pessoais** do paciente: **R.G. e Cartão do SUS**. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo.
- Cópia** do **comprovante de residência** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente, semelhante ao endereço anotado no Laudo Médico ou uma Declaração de Residência.
- Via **original** do **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** e demais documentos exigidos pelos Protocolos Técnicos do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO DO (S) MEDICAMENTO (S)

Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, não sendo aceito os pedidos identificados pelo nome comercial.

ATENÇÃO: Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!