



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

FICHA MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE INSULINA ANÁLOGA

NOME DO PACIENTE: _____

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;
() 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

DATA ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico