

RELATÓRIO MÉDICO PARA O PROGRAMA COMPLEMENTAR DE DIABETES MELLITUS*

1-DADOS DO PACIENTE/ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome:		
Data de Nascimento:	Sexo:	
Cartão SUS	Peso (Kg):	Altura(m):
Estabelecimento de Saúde Solicitante:		
Número do CNES:		

2-DADOS SOBRE A DOENÇA

Classificação do diabetes: () Diabetes <i>mellitus</i> tipo 1 () Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	
CID10: () Data do diagnóstico:	
Relato de Hipoglicemia? () Sim () Não Nº de Episódios mensais: Classificação da Hipoglicemia: () Leve () Moderada () Grave Paciente percebe a hipoglicemia? () Sim () Não Hiperglicemia Pós-Prandial? () Sim () Não Paciente hipertenso? () Sim () Não Paciente faz atividade física regular? () Sim () Não Paciente faz auto monitoramento da glicose? () Sim () Não Paciente com comorbidades () Sim () Não Qual(is):	
Resultado dos exames laboratoriais (Anterior) Hemoglobina glicada: Glicose de jejum: Glicose pós-prandial:	Resultado dos exames laboratoriais (Atual) Hemoglobina glicada: Glicose de jejum: Glicose pós-prandial:
Metas glicêmicas: Hemoglobina glicada: Glicose de jejum: Glicose pós-prandial:	

3-DESCRIÇÃO DA TRAJETÓRIA DO TRATAMENTO

Nome do medicamento (por princípio ativo)	Dose	Período de utilização	Motivo da suspensão
Insulina NPH			
Insulina Regular			
Metformina			
Sulfoniluréia			
Outro:			
Solicitação atual () Insulina glargina () Insulina ultrarapida () Pioglitazona () Linagliptina			
Justificativa para a solicitação atual:			

FORMULÁRIO PARA PERMANÊNCIA NO PROGRAMA COMPLEMENTAR DE DIABETES MELLITUS

1-DADOS DO PACIENTE/ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome:		
Data de Nascimento:	Sexo:	
Cartão SUS	Peso (Kg):	Altura(m):
Classificação do diabetes: () diabetes <i>mellitus</i> tipo 1 () diabetes <i>mellitus</i> tipo 2		
CID10:		
Estabelecimento de Saúde Solicitante:		
Número do CNES:		

2-DADOS LABORATORIAIS

Metas glicêmicas: Hemoglobina glicada: Glicose de jejum: Glicose pós-prandial:	
Resultado Atual dos Exames (último exame): Hemoglobina glicada: Glicose de jejum: Glicose pós-prandial:	Resultado dos Exames Anteriores: Hemoglobina glicada: Glicose de jejum: Glicose pós-prandial:

3-JUSTIFICATIVA PARA CONTINUIDADE

() Cumprimento das metas glicêmicas.

() Melhora dos episódios de hipoglicemia.

() Presença de comorbidades.

Justificativa complementar:

4-JUSTIFICATIVA PARA SUSPENSÃO TEMPORÁRIA

() Não cumprimento das metas glicêmicas.

() Não apresentou melhora dos episódios de hipoglicemia.

() Não apresentou o exame atual e anterior para avaliação.

() Não aderiu ao programa de mudanças de estilo de vida como dieta e exercício físico.

() Critério informado discordante do relatório médico e/ou exames apresentados.

Médico Assistente

Cuiabá, ____/____/____

5-ESPAÇO RESERVADO AO AVALIADOR

Autorização da dispensação: () Sim () Não

Justificativa:

Médico Avaliador

Cuiabá, ____/____/____.

Termo de esclarecimento e adesão do paciente ao programa complementar de diabetes *mellitus*.

Eu, _____
_____ asseguro que fui orientado (a) de forma clara sobre benefícios e riscos do tratamento proposto incluindo informações sobre a guarda do medicamento; dose; posologia e uso; contraindicações e efeitos adversos.

Declaro ainda que fui informado (a) da minha responsabilidade no tratamento e estou ciente que minha permanência no programa está condicionada a minha adesão ao tratamento farmacológico e mudanças no estilo de vida como dieta e exercício físico, bem como o cumprimento das metas glicêmicas.

Cuiabá, ____/____/____.

Assinatura do paciente ou representante legal

Assinatura do médico ou responsável pelas orientações