



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DAPAGLIFLOZINA

| | | |
|---|---|---------------------|
| 1 | NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____ | IDADE: _____ |
| 2 | ASSINALAR SOBRE O DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> Declaro que paciente tem diagnóstico de Diabete Melito Tipo 2, tendo sido afastada a possibilidade de Diabete Melito Tipo 1 ou de Pré-Diabete. | |
| 3 | CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: Descrição detalhada dos sinais e sintomas que caracterizam DM2, apresentados pelo paciente, inclusive ocorrências prévias de hiperglicemias, caso existam, e possíveis complicações decorrentes do DM2. _____ _____ _____ _____ | |
| 4 | TRATAMENTO PRÉVIO DO(A) PACIENTE PARA DM2: Descrição detalhada de todos os medicamentos já utilizados, informando: períodos de utilização (início e fim de cada tratamento), associações utilizadas e motivos das trocas dos medicamentos. _____ _____ _____ _____ | |
| 5 | TRATAMENTO ATUAL DO(A) PACIENTE PARA DM2: 5.1 Paciente atualmente em uso de Dapagliflozina? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se SIM, informar data de início do tratamento: _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"><p style="margin: 0;">Para pacientes que fazem uso de Dapagliflozina e que iniciaram este tratamento há 6 meses ou menos é necessário apresentar exame de Hemoglobina Glicada que comprove o mau controle glicêmico durante o tratamento prévio.</p></div> 5.2 Para pacientes em uso de Dapagliflozina há mais de 6 meses, assinalar se for o caso: <input type="checkbox"/> Declaro que paciente não atingiu a meta terapêutica, detalhada no PCDT vigente, com os medicamentos anteriormente utilizados. 5.3 Com exceção de Dapagliflozina, paciente atualmente utiliza outro(s) medicamento(s)? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se SIM, informar o(s) medicamento(s) que paciente atualmente utiliza: _____ _____ _____ | |



| | |
|---|---|
| 6 | <p>ASSINALAR CASO PACIENTE APRESENTE ALGUMA DOENÇA CARDIOVASCULAR ESTABELECIDA:</p> <p><input type="checkbox"/> Infarto agudo do miocárdio prévio; <input type="checkbox"/> Cirurgia de revascularização do miocárdio prévia; <input type="checkbox"/> Angioplastia prévia das coronárias; <input type="checkbox"/> Angina estável ou instável;</p> <p><input type="checkbox"/> Acidente vascular cerebral isquêmico prévio; <input type="checkbox"/> Ataque isquêmico transitório prévio; <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%.</p> |
| | <p>Detalhar a evolução da condição clínica informada no campo anterior:</p> <hr/> <hr/> <hr/> |
| 7 | <p>ASSINALAR CASO PACIENTE APRESENTE ALGUMA CONDIÇÃO ABAIXO, QUE REPRESENTA ALTO RISCO DE DESENVOLVER DOENÇA CARDIOVASCULAR:</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Tabagismo</p> |
| 8 | <p>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</p> <hr/> <hr/> <hr/> |
| 9 | <p>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</p> <p>Data de preenchimento: ____ / ____ / ____</p> <p>Assinatura e carimbo: _____</p> <p style="text-align: right;">Médico</p> |