



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DAPAGLIFLOZINA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ IDADE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	ASSINALAR SOBRE O DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> Declaro que paciente tem diagnóstico de Diabetes Melito Tipo 2, tendo sido afastada a possibilidade de Diabetes Melito Tipo 1 ou de Pré-Diabetes.
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; border-radius: 10px; padding: 10px; text-align: center;">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.</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	ASSINALAR CASO PACIENTE APRESENTE ALGUMA DOENÇA CARDIOVASCULAR ESTABELECIDADA: <div><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;</div> <div><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%.</div>
	Detalhar a evolução da condição clínica informada no campo anterior: <hr/> <hr/> <hr/>
7	ASSINALAR CASO PACIENTE APRESENTE ALGUMA CONDIÇÃO ABAIXO, QUE REPRESENTA ALTO RISCO DE DESENVOLVER DOENÇA CARDIOVASCULAR: <div><input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Tabagismo</div>
8	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: <hr/> <hr/> <hr/>
9	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <div>Médico</div>