



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DIABETES MELLITUS TIPO 1 SOLICITAÇÃO INICIAL

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	IDADE: _____
3	INFORMAR SOBRE O DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> DM1 <u>OU</u> <input type="checkbox"/> DM autoimune latente do adulto – “LADA”* <u>OU</u> <input type="checkbox"/> DM2 * Caso assinalado DM autoimune latente do adulto – “LADA” , necessário ANEXAR, conforme checklist: <input type="checkbox"/> Peptídeo C (Último exame realizado) <input type="checkbox"/> Pelo menos um dos Marcadores de Autoimunidade: Anti-ICA ou Anticorpo Anti-ilhota de Langerhans; Anti IAA ou Anticorpo Anti-linsulina; ou outros disponíveis (Último exame realizado)
4	DATA DE DIAGNÓSTICO: ____/____/____ TEMPO DE DIAGNÓSTICO: _____
5	ASSINALAR AO MENOS UM CRITÉRIO ABAIXO, APRESENTADO NOS ÚLTIMOS 6 MESES: <input type="checkbox"/> Hipoglicemia Grave (definida pela necessidade de atendimento emergencial ou de auxílio de um terceiro para sua resolução). Caso assinalado este critério, necessário anexar relatório de atendimento emergencial e/ou registros em softwares, tabelas ou glicosímetros. <input type="checkbox"/> Hipoglicemia não graves repetidas (definida como dois episódios ou mais por semana) caracterizadas por glicemia capilar < 54mg/dL com ou sem sintomas ou < 70mg/dL acompanhado de sintomas (tremores, sudorese fria, palpitações e sensação de desmaio); <input type="checkbox"/> Hipoglicemias noturnas repetidas (definidas como mais de um episódio por semana); <input type="checkbox"/> Persistente mau controle, comprovado pela análise laboratorial dos últimos doze meses de acordo com os critérios da HbA1c. Caso assinalado este critério, necessário anexar todos os exames de HbA1c realizados nos últimos 12 meses que comprovem o mau controle.
6	DETALHAR A HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE, INFORMANDO SINAIS DE INSULINOPENIA INEQUÍVOCA: sintomas de hiperglicemia (glicemia acima de 200 mg/dL necessariamente associada à poliúria, noctúria, polidipsia, polifagia noctúria e perda de peso inexplicada) ou presença de cetoacidose diabética. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____



7	INFORMAR SOBRE PACIENTE: 7.1 Realiza acompanhamento regular (mínimo duas vezes ao ano) com médico e equipe multidisciplinar e sempre que possível com endocrinologista? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 7.2 Realiza automonitorização da glicemia capilar no mínimo 3 vezes ao dia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8	TRATAMENTO PRÉVIO: 8.1 Foi utilizada insulina NPH? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, foi utilizada por mais de 3 meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 8.2 Foi utilizada insulina Regular? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, foi utilizada por mais de 3 meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 8.3 Foi utilizada insulina análoga de ação rápida (Asparte, Lispro ou Glulisina)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, foi utilizada por mais de 3 meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 8.4 Foi utilizada insulina NPH associada à insulina análoga de ação rápida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, a associação foi utilizada por pelo menos três meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9	TRATAMENTO ATUAL: 9.1 Paciente está utilizando insulina análoga de ação rápida (Asparte, Lispro ou Glulisina)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, necessário preencher e anexar também o formulário DIABETES MELLITUS TIPO 1 - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO 9.2 Paciente está utilizando insulina de ação prolongada Glargina? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, necessário preencher e anexar também o formulário DIABETES MELLITUS TIPO 1 - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO
10	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DIABETES MELLITUS TIPO 1 MONITORAMENTO DO TRATAMENTO

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____								
2	ASSINALAR SOBRE O DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> Declaro que paciente tem diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1, conforme critérios do PCDT vigente, e já está em tratamento com a insulina solicitada.								
3	SOBRE O MONITORAMENTO DO USO DA INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA E INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO PROLONGADA, INFORMAR: <ul style="list-style-type: none">Foi realizado acompanhamento médico regular? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃOFoi realizada a automonitorização da glicemia capilar? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
4	ASSINALAR PELO MENOS UM DOS CRITÉRIOS ABAIXO, CONFORME CRITÉRIOS DE MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO DO PCDT VIGENTE: <input type="checkbox"/> Paciente atingiu as metas de controle glicêmico, conforme o quadro abaixo (ANEXAR resultado de HbA1c - validade 3 meses). <table border="1" data-bbox="339 1014 1329 1111"><tr><td>HbA1c %</td><td>Crianças e adolescentes</td><td>Adultos</td><td>Idosos</td></tr><tr><td></td><td>< 7,5</td><td>< 7,0</td><td>Entre 7,5 e 8,5</td></tr></table> <input type="checkbox"/> Paciente apresenta redução mínima de 0,5 no valor da HbA1c em relação ao exame apresentado na última avaliação (anexar resultado de HbA1c – validade 3 meses). <input type="checkbox"/> Paciente apresenta melhora dos episódios de hipoglicemia com o uso do medicamento. Caso assinalado este critério, ANEXAR registro de glicosímetros ou meios gráficos disponíveis. <input type="checkbox"/> Paciente apresentou/apresenta condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas, não persistente por mais de seis meses. Detalhar: _____ _____ _____ _____	HbA1c %	Crianças e adolescentes	Adultos	Idosos		< 7,5	< 7,0	Entre 7,5 e 8,5
HbA1c %	Crianças e adolescentes	Adultos	Idosos						
	< 7,5	< 7,0	Entre 7,5 e 8,5						
5	JUSTIFICATIVA PARA AJUSTE DE DOSE: _____ _____ _____								
6	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico								