



**RELATÓRIO MÉDICO PROVISÓRIO – DIABETES MELITO**  
**- INSULINAS ANÁLOGAS DE AÇÃO RÁPIDA E/OU AÇÃO PROLONGADA -**

Nome:		DN:
Sexo: <input type="radio"/> Masc. <input type="radio"/> Fem.	CNS Paciente:	CNES Estabelecimento:
Ano de diagnóstico:	Peso (kg):          Altura (cm):	CID-10:
( ) DM 1    ( ) LADA    ( ) DM 2    ( ) Diabetes e Gestação:		Bomba de Infusão: ( ) Sim ( ) Não

Prescrição em **unidades/dia\***:  Análoga de ação prolongada: \_\_\_\_\_  Análoga de ação rápida: \_\_\_\_\_

**I. INCLUSÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGO DE INSULINA**

**(Início / inclusão tratamento com análogos – Primeira Vez):**

Resultado **Hemoglobina Glicada (HbA1c)** – validade 6 meses: \_\_\_\_\_

A relação **Basal / Dose Total Diária** de insulina está entre 25% e 60% para insulina basal? ( ) Sim ( ) Não, *justifique*:  
\_\_\_\_\_

Caso paciente apresente diagnóstico de **DIABETES LATENTE AUTOIMUNE DO ADULTO (LADA)**, *justificar tratamento se em monoterapia*: \_\_\_\_\_

**II. CONTINUIDADE/RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO COM ANÁLOGO DE INSULINA**

**(paciente já em uso dos análogos OU continuidade do tratamento):**

Nos **últimos 6 meses**, o paciente\*:

- ( ) Atingiu as metas de controle glicêmico. Necessário anexar resultado de **HbA1c do período** avaliado;  
( ) Redução mínima de 0,5% no valor da HbA1c. Necessário anexar os 2 últimos resultados de **HbA1c com mais de 3 meses**;  
( ) Melhora dos episódios de hipoglicemia, comprovada por **registro em glicosímetros ou meios gráficos** disponíveis;  
( ) Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas, não persistente por mais de seis meses. *Descrever a condição*: \_\_\_\_\_

A participação em reunião educativa para uso de insulina de ação rápida e/ou prolongada é obrigatória para inclusão ou quando encaminhado. Datas e locais das reuniões em: [www.saude.df.gov.br/diabetes](http://www.saude.df.gov.br/diabetes)

Data\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Médico Assistente: \_\_\_\_\_ (Assinatura e carimbo)

**AVALIAÇÃO PARA DISPENSAÇÃO DE ANÁLOGOS DE INSULINA (somente se DM2 ou DG):**

( ) AUTORIZADO    ( ) NEGADO \_\_\_\_\_

Data\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Médico Autorizador: \_\_\_\_\_ (Assinatura e carimbo)