

ANEXO V – Relatório médico específico para Diabetes Mellitus Tipo 1



ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ - SESA  
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE - SGS  
CENTRO DE MEDICAMENTOS DO PARANÁ - CEMEPAR



**RELATÓRIO MÉDICO ESPECÍFICO PARA DIABETES MELLITUS TIPO 1**

ANÁLOGOS DE INSULINA ( ) **Glargina** ( ) **Detemir** ( ) **Aspart** ( ) **Lispro**

1. DADOS DO PACIENTE

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| Nome: _____             | Sexo: Masc.( ) Fem. ( ) |
| Data de Nascimento: / / | CARTÃO SUS: _____       |

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Diabetes tipo: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Data do Diagnóstico: / /  
 Histórico de Hipoglicemia? ( ) Sim ( ) Não Nº de Episódios/mês: \_\_\_\_\_  
 Hipoglicemia Noturna Freqüente? ( ) Sim ( ) Não  
 Hipoglicemia Severa? ( ) Sim ( ) Não  
 Hipoglicemia Leve/Moderada Freqüente? ( ) Sim ( ) Não  
 Falta da Percepção da Hipoglicemia? ( ) Sim ( ) Não  
 Hiperglicemia Pós-Prandial? ( ) Sim ( ) Não  
 Atividade Física Regular? ( ) Sim ( ) Não Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m  
 Hipertenso? ( ) Sim ( ) Não  
 O Paciente faz auto monitorização atualmente? ( ) Sim ( ) Não

3. AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA: histórico de uso anterior de insulinas

| Nome Genérico           | Dose | Início | Fim | Motivo da Suspensão |
|-------------------------|------|--------|-----|---------------------|
| <b>Insulina NPH</b>     |      |        |     |                     |
| <b>Insulina Regular</b> |      |        |     |                     |
|                         |      |        |     |                     |

4. JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO: com base no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): **descrever evolução e eventuais efeitos adversos**, usar o verso se necessário.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. PARA 1ª SOLICITAÇÃO, TRANSCREVER OS RESULTADOS DOS EXAMES:

| Exame                 | Data | Resultado | Data | Resultado |
|-----------------------|------|-----------|------|-----------|
| Glicemia de Jejum     | / /  | mg/dL     | / /  | mg/dL     |
| Glicemia Pós-Prandial | / /  | mg/dL     | / /  | mg/dL     |
| Hemoglobina Glicada   | / /  |           | / /  |           |

Médico Solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_ Data: / /

Nome do Estabelecimento de Saúde: \_\_\_\_\_

Endereço do Estabelecimento: \_\_\_\_\_

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SESA  
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE - SGS  
CENTRO DE MEDICAMENTOS DO PARANÁ - CEMEPAR  
Rua Prof. Lothário Meisner, 350 - Jd. Botânico  
Curitiba Paraná CEP 80210-170  
Fone (41) 3380-6700 Fax (41) 3380-6703

