



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RELATÓRIO MÉDICO – DIABETES TIPO 2 OU DIABETES GESTACIONAL  
INSULINAS ANÁLOGAS DE AÇÃO RÁPIDA E/OU AÇÃO PROLONGADA

|                                                              |                     |            |              |
|--------------------------------------------------------------|---------------------|------------|--------------|
| Nome:                                                        |                     |            | Número SES:  |
| Sexo: <input type="radio"/> Masc. <input type="radio"/> Fem. | Ano de diagnóstico: | Peso (kg): | Altura (cm): |
| ( ) DM 2 ( ) Diabetes gestacional ( ) DM2 e gestação:        |                     |            |              |

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

**INCLUSÃO DE TRATAMENTO COM ANÁLOGO DE INSULINA (Paciente em início de tratamento com análogo de insulina):**

**1. Critérios de inclusão do Protocolo de acesso às insulinas análogas de ação prolongada e de ação rápida da SES/DF (o paciente deve estar em insulinização plena):**

- ☐ DM2 + insuficiência Renal Crônica (IRC) pré-dialítica ou TFG CKD Epi < 45 ml/min/1.73m<sup>2</sup>;
- ☐ DM2 pós transplante;
- ☐ DM2 com idade ≥ 65 anos e ao menos dois dos critérios a seguir:
- ( ) Persistente mau controle comprovado pela análise laboratorial dos últimos 6 meses (HbA1c > 8% em insulinização plena)
  - ( ) Retinopatia grave
  - ( ) Doença coronariana aguda ou crônica ou cardiopatia crônica.
  - ( ) Doença arterial periférica grave (ITB < 0,5, úlcera ativa) e/ou amputação;
  - ( ) Hepatopatia grave
  - ( ) Neoplasia em tratamento e estados demenciais
  - ( ) Hipoglicemias comprovadas (exame laboratorial ou aferição de glicosímetro ou relatório de atendimento hospitalar ou boletim de ocorrência):
    - Não percebidas, ≤ 54 mg/dL em mais de um episódio por semana; ou
    - Moderada em mais de quatro episódios por semana - estado neurológico está alterado, mas continua a ter o grau de alerta suficiente para se tratar, em geral com glicemia < 70mg/dL; ou
    - Noturnas repetidas: mais de dois episódios por semana, caracterizadas por glicemia capilar < 70 mg/dL.
  - ( ) Diabetes e gravidez:
    - Gestante com DM2: sem controle adequado com tratamento otimizado com insulinas humanas NPH e regular
    - Diabetes gestacional: sem controle adequado com tratamento otimizado com insulinas humanas NPH e regular

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

3. Relação Basal / Dose Total Diária de insulina está entre 25% e 60% para insulina basal? ( ) Sim ( ) Não - justifique: \_\_\_\_\_

**CONTINUIDADE/RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO COM ANÁLOGO DE INSULINA:**

Nos últimos 6 meses, o paciente\*:

- ( ) Atingiu as metas de controle glicêmico (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:** \_\_\_\_\_

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)