



RELATÓRIO MÉDICO – DIABETES MELITO I INSULINAS ANÁLOGAS DE AÇÃO RÁPIDA E/OU AÇÃO PROLONGADA

(Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 17 - 12/11/2019 - Publicada em 13/11/2019 e Nota Informativa nº 3/2025-
CGCEAF/DAF/SECTICS/MS)



Nome Paciente:				
Diagnóstico: () DM 1 ou () LADA	Data Nascimento: / /	Ano de diagnóstico:	Uso de Bomba de Infusão: () Sim () Não	Paciente Gestante: () Sim () Não → DPP: / /
Prescrição em unidades/dia*: <input type="radio"/> Análoga de ação prolongada: _____ <input type="radio"/> Análoga de ação rápida: _____				
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: _____ _____				

PARA OS DEMAIS ITENS A SEREM PREENCHIDOS:

- ☐ Paciente em início de tratameto com análogo de insulina → preencher item I
- ☐ Paciente já em uso de análogo de insulina → preencher item II

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

• Critérios de inclusão do PCDT

- Sinais de insulinopenia inequívoca apresentada pelo paciente (*assinalar pelo menos 1 critério*):

☐ Sintomas de hiperglicemia importante (glicemia acima de 200 mg/dL necessariamente associada à poliúria, noctúria, polidipsia, polifagia noctúria e perda de peso inexplicada); OU

☐ Presença de cetoacidose diabética

- Demonstração de hiperglicemia para diagnóstico de diabetes apresentadas pelo paciente (*assinalar pelo menos 1 critério e enviar os resultados dos exames comprobatórios*):

☐ Glicemia aleatória maior do que 200 mg/dL na presença de sintomas clássicos de hiperglicemia (polidipsia, poliúria, noctúria e perda inexplicada de peso). *Resultado*: _____; OU

☐ Glicemia em jejum de 8 horas ≥ 126 mg/dL em duas ocasiões.

Resultado 1: _____, *Resultado 2*: _____; OU

☐ HbA1c $\geq 6,5\%$ em duas ocasiões;

Resultado 1: _____, *Resultado 2*: _____; OU

☐ Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga ≥ 200 mg/dL. *Valor medido*: _____.

- Para pacientes diagnosticados com Diabete Latente Autoimune do Adulto (LADA) (*enviar os resultados dos exames comprobatórios*):

☐ Peptídio C: *resultado*: _____; E

☐ Pelo menos um dos marcadores de autoimunidade:

() Anticorpos anti-ilhotas pancreáticas ou anti-ilhotas de Langerhans (Anti-ICA);

() Anticorpos anti-insulina (Anti IAA);

() Anticorpos anti-descarboxilase do ácido glutâmico (Anti-GAD).

Resultado: _____.



RELATÓRIO MÉDICO – DIABETES MELITO I INSULINAS ANÁLOGAS DE AÇÃO RÁPIDA E/OU AÇÃO PROLONGADA

(Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 17 - 12/11/2019 - Publicada em 13/11/2019 e Nota Informativa nº 3/2025-
CGCEAF/DAF/SECTICS/MS)

• Critérios de inclusão para Insulinas Análogos (deverá apresentar os três critérios abaixo)

☐ Critério 1: apresentação, nos últimos seis meses, de **pelo menos um dos critérios abaixo**, após terem sido excluídos fatores causais para as hipoglicemias (redução de alimentação sem redução da dose de insulina, exercício físico sem redução da dose de insulina, revisão dos locais de aplicação de insulina, uso de doses excessivas de insulina, uso excessivo de álcool):

() Hipoglicemia grave (definida pela necessidade de atendimento emergencial ou de auxílio de um terceiro para sua resolução) comprovada mediante relatório de atendimento emergencial, registros em softwares, tabelas ou glicosímetros, quando disponíveis; OU

() Hipoglicemias 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); OU

() Hipoglicemias noturnas repetidas (definidas como mais de um episódio por semana); OU

() Mau controle persistente, comprovado pela análise laboratorial dos últimos doze meses de acordo com os critérios da HbA1c.

☐ Critério 2: realização de automonitorização da glicemia capilar (AMG) no mínimo três vezes ao dia; E

☐ Critério 3: Acompanhamento regular (mínimo duas vezes ao ano) com médico e equipe multidisciplinar e sempre que possível com endocrinologista

- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO OBRIGATÓRIO PARA O MEDICAMENTO (assinalar o caso aplicável a qualquer paciente)

- Para Insulina Análoga de Ação Prolongada – IAAP:

☐ Uso prévio da insulina NPH associada à insulina análoga de ação rápida por pelo menos três meses.

- Para Insulinas Análogos de Ação Rápida – IAAR:

☐ Uso prévio de insulina NPH e insulina Regular por pelo menos três meses.

II. CONTINUIDADE/RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO COM ANÁLOGO DE INSULINA

Paciente gestante? () Não () Sim DPP: ____/____/____

Assinalar a opção que se aplica:

- ☐ Paciente em renovação de continuidade de tratamento
☐ Paciente já em uso de análogos de insulina adquirida por meios próprios

Nos **últimos 6 meses**, o paciente:

- ☐ Atingiu as metas de controle glicêmico. Necessário anexar resultado de HbA1c do período avaliado ou a situação da variabilidade glicêmica por softwares ou outros métodos, quando disponíveis;
☐ 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 (pode ser utilizado o verso): _____

***No caso de solicitação inicial para paciente que já faz uso dos análogos de insulina, deverão ser apresentados também os exames da época do diagnóstico.**

III. JUSTIFICATIVA PARA O AUMENTO DA QUANTIDADE DE UNIDADES/DIA DE INSULINA:

Data*: ____/____/____. Médico Assistente: _____ (Assinatura e carimbo)