

 <p>Rua 6, 2580 – Centro – Rio Claro – SP Cep 13500-190 Telefone: 19-35223600 Email: saude@saude-rioclaro.org.br</p>	<b>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dispensação de Insulinas Análogas de Ação Prolongada e Ultra rápida</b>		<b>POP - T - 001</b>
	<b>Versão: 01</b>	<b>Próxima revisão:</b> ___/___/___	
<b>Elaborado por:</b> Divisão de Logística/ Farmácia Central/ Departamento Gestão do SUS		<b>Data de Criação:</b> 07/12/2021	
<b>Revisado por:</b> Comissão de Farmacoterapia		<b>Data Revisão:</b> ___/___/___	
<b>Responsável pela atualização:</b> Auditoria Médica/Diretoria de Atenção à Saúde/ Divisão de Logística/Farmácia Central			
<b>Objetivo:</b> definir critérios clínicos para o fornecimento de análogos de insulina prolongada e ultrarrápida pelo SUS.			
<b>Setor:</b> Farmácia Central			
<b>Colaboradores:</b> Alcione Alves Buzo Camila Zanchetta Lemes Edison Rodrigues Filho Geraldo de Oliveira Barbosa Glaucos Ricardo Paraluppi Graziela Sueli Gobbi Medina		Itamar Perrez Juliana Orsini Pedroso Karla Santana Azevedo Damasceno Kathleen Lopes Gracioli Sandra Maria Oliveira Franzin Werner Widmer	

**PROTOCOLO PARA DISPENSACÃO DE ANÁLOGOS DE INSULINA PROLONGADA E ULTRARRÁPIDA PELA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO**

<b>Aprovado por:</b> Dr. Jair Vergínio Junior Diretor de Depto de Atenção à Saúde	Data Aprovação: ___/___/2021	_____ Assinatura e carimbo
<b>Aprovado por:</b> Giulia da Cunha Fernandes Puttomatti Secretária/Presidente da FMSRC	Data Aprovação: ___/___/2021	_____ Assinatura e carimbo

**Referência Bibliográfica:**

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014-2015). São Paulo: AC. FARMACÊUTICA, 2014.

#### **AMPARO LEGAL:**

Legislação que implementa e regulamenta o cuidado aos pacientes portadores de diabetes Mellitus no sistema Único de saúde (SUS).

- Lei federal nº 11.347, de 27 de setembro de 2006, que dispõe sobre a disposição gratuita de medicamentos e matérias necessários à sua aplicação e à monitoramento da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos;
- Portaria GM/MS nº 2.583, de 10 de outubro de 2007, que define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da lei nº 11.347/2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus;
- Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 – que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Programa do Ministério da Saúde: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus – Cadernos: nº 36/2013 e nº 38/2014.
- Portaria conjunta SAS/SCTIE nº 08, de 15 de março de 2018, que aprova o protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Diabetes Mellitus Tipo 1.

#### **1. APRESENTAÇÃO**

O Protocolo de Análogos de Insulina implantado e financiado pela Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro tem por finalidade a complementação do elenco de insulinas já disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Esse Protocolo é destinado ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 (insulino-dependentes) instáveis ou de difícil controle, Diabetes Mellitus e gestação ou Diabetes Mellitus tipo 2 com condições clínicas especiais.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, o diabetes *Mellitus* não é uma única doença, mas sim um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, decorrente da deficiência absoluta ou parcial na produção de insulina pelo pâncreas associada a graus variáveis de resistência à insulina.

A Diabetes é considerada uma doença crônica com alta morbi-mortalidade, sendo uma das principais causas de acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio, insuficiência renal crônica, cegueira e amputações não traumáticas de membros inferiores. Estudos demonstram que o tratamento intensivo do diabetes diminui significativamente suas complicações microvasculares e sua mortalidade.

A educação em diabetes é a chave mestra para atingir este objetivo e melhorar a qualidade de vida do indivíduo. A educação do paciente diabético é um investimento benéfico para atingir as mudanças de comportamento

desejadas. Mudanças no estilo de vida incluindo a orientação nutricional e atividades físicas são consideradas bases da terapia e devem ser sustentadas por um programa de educação e apoio contínuo com estratégias simples, objetivas e de baixo custo.

O indivíduo com diabetes apresenta, não raro, co-morbidades que tornam a terapia nutricional ainda mais imprescindível. Obesidade, hipertensão, dislipidemia e situações especiais como gestação, aumentam o desafio da nutrição. A adesão por parte do paciente é um componente sem o qual a terapia não poderá ser bem sucedida.

A partir dos resultados do DCCT (Estudo de complicações e controle do Diabetes Tipo 1) manter a glicemia o mais próximo possível do normal durante as 24 horas tornou-se um objetivo fundamental no tratamento da diabetes. As opções terapêuticas tradicionalmente disponíveis (insulina NPH e Insulina Regular) são capazes de promover o adequado controle da glicemia, porém algumas vezes com aumento do risco de hipoglicemias. A hipoglicemia freqüente é considerada um dos obstáculos para o bom controle glicêmico com o tratamento insulínico intensivo.

O uso de análogos de insulina de longa e de curta duração promove níveis adequados de insulinemia basal e pós prandial com menor risco de hipoglicemia e menor variação glicêmica.

São fatores determinantes na efetividade deste programa:

- A regulação da porta de entrada, definida como usuário do Sistema Único de Saúde, sendo o mesmo avaliado por um médico de referência;
- O fornecimento, além das insulinas, dos insumos para a aplicação do medicamento e acompanhamento da glicemia;
- A adesão do paciente ao tratamento, incluindo a mudança do estilo de vida, inclusão de atividade física em sua rotina bem como orientações sobre alimentação saudável.

## **2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO, MANUTENÇÃO/ MONITORIZAÇÃO E SUSPENSÃO DO TRATAMENTO**

### **– Critérios para inclusão de novos pacientes no Protocolo**

Para inclusão no Protocolo de Dispensação de Insulina Análoga de Ação Prolongada e Ultrarrápida é necessário que o paciente seja portador de **Diabetes Mellitus tipo 1**, já em uso ou tendo usado Insulina NPH e Regular ou Insulina pré-misturada, atestado em relatório médico.

#### **Documentos a serem apresentados:**

- a) Cópia dos documentos pessoais
  - RG
  - CPF
  - Cartão SUS
  - Comprovante de residência (conta de água ou luz – cópia frente e verso) no município de Rio Claro
- b) Cadastro no Programa Hiperdia da FMSRC pelas Unidades Básicas de saúde – UBS ou Unidades de Saúde da Família – USF da área de abrangência residencial;

- c) Formulário de solicitação, avaliação e autorização de uso de Insulinas Análogas de ação prolongada e ultrarrápida da FMSRC – **ANEXO I** (parte integrante deste protocolo);
- d) Receituário médico recente (até 30 dias), com posologia e dosagem, carimbada e assinada pelo médico;
- e) Cópia de resultados de exames de glicemia em jejum e pós-prandial e hemoglobina glicada, sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias;
- f) Automonitorização domiciliar da glicemia (últimos 3 meses);
- g) Controle de atividade física (especificar a modalidade e frequência), controle de carboidratos e peso dos últimos 06 meses.
- h) Relatório médico que descreva o quadro clínico do paciente, elaborado por endocrinologista onde conste:
  - Data do diagnóstico
  - Tipo de diabetes
  - Histórico de utilização anterior de insulinas
  - Histórico de controle glicêmico
  - Na ocorrência de hipoglicemia, descrever frequência (por mês), gravidade, horário e não percepção;

**Os documentos deverão ser protocolados na Farmácia Central – Avenida 2, 238 – entre ruas 3 e 4 paraseguimento do processo.**

**– Critérios clínicos de avaliação para inclusão de novos pacientes no protocolo**

Conforme estabelecido no Formulário de solicitação, avaliação e autorização de uso de Insulinas Análogas de ação prolongada e ultrarrápida da FMSRC – ANEXO I serão incluídos pacientes que se enquadrarem em um dos seguintes critérios:

**- Para Análoga de ação ultralenta:**

- a) Falha ao uso de esquemas prévios com insulinas;
- b) Persistente mau controle registrado nos últimos 6 meses, segundo a SBD, SBEM, SBP/ML, FENAD: comprovado com as 3 A1Cs dos últimos 12 meses:**
  - A1C (HPLC) acima de 8,5% ( 0-6 anos de idade e 20-64 anos);
  - A1C (HPLC) acima de 7,5% (13-19 anos);
  - A1C (HPLC) acima de 8% (6-12 anos e acima de 65 anos).
- c) Hipoglicemia grave:

- Glicemia < 50 mg/dL (2 episódios em 6 meses, requerendo ajuda de terceiros ou atendimento hospitalar)
- Hipoglicemia despercebida (disautonomia: ausência de sintomas neuroadrenérgicos à hipoglicemia)

Obs: os dados devem ser relatados pelo médico assistente e ou registrados em exames laboratoriais ou em glicosímetros.

d) Resistência imunológica às insulinas intermediárias NPH

e) Outras condições clínicas especiais:

- DM+gestação ou DMG;
- DM tipo 1 – já em uso de análogos de ação prolongada e ou fora das metas de controle;
- Tipo 1 – iniciando insulinoterapia com análogos de ação prolongada e ultrarrápida;
- Hepatopatia;
- Neoplasia – tratamento radioterápico e ou quimioterápico;
- Nefropatia (*clearance* de creatinina abaixo de 30 mL/min) ou macroalbuminúria acima de 300 mg/min) ou em tratamento dialítico;
- Doença coronariana aguda ou crônica e ou cardiopatia crônica;
- Doença arterial periférica grave (ITB < 0,5 úlcera ativa) e ou amputação.

f) Pacientes acima de 02 anos de idade.

**- Para Análoga de ação ultrarrápida:**

- a) Hemoglobina glicada 2 pontos acima do valor máximo para o método, comprovada pelos exames apresentados.
- b) Glicemia pós-prandial (2 horas) maior que 180,0 mg/dl, comprovada pelos exames apresentados;
- c) Sinais e sintomas de hipoglicemia, descritos no relatório médico apresentado, descrevendo quadros de hipoglicemia grave, hipoglicemia leve ou moderada freqüente, hipoglicemia noturna freqüente e/ou perda da percepção a hipoglicemia;
- d) Pacientes acima de 03 anos de idade.

**- Critérios para não inclusão de pacientes no Protocolo**

Serão desconsiderados para este tratamento os pacientes que:

- a) Não atenderem aos critérios de inclusão;
- b) Portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, exceto se apresentar alguma condição clínica especial.

**– Critérios para manutenção de pacientes no Protocolo**

Os pacientes cadastrados no programa serão monitorizados, devendo apresentar

- a) Formulário de solicitação para continuidade no uso de insulinas análogas de ação prolongada e ultrarrápida da FMSRC – **ANEXO II**
- b) Diário de glicemias dos últimos 03 meses, pelo menos 3 vezes ao dia, preenchido adequadamente por ocasião da renovação a cada 06 meses para avaliação da auditoria da rede pública, demonstrando:
- c) Receita médica do endocrinologista ou médico da UBS/PSF atualizada a cada 6 meses
- d) Cópia do resultado de hemoglobina glicada a cada 3 meses:
  - A1C (HPLC) atual, igual ou menor que 7,0% ( 20-65 anos);
  - A1C (HPLC) atual ou menor que 8% (6-12 anos e acima de 65 anos).
  - A1C (HPLC) atual ou menor que 8,5% (0 - 6 anos);
  - Redução mínima de 0,5 – 1,0% no valor da A1C a cada 3 meses;
- e) Cópia do resultado de glicemia em jejum a cada 3 meses;
- f) Comprovação de participação em programa público de educação em diabetes.

**Os documentos deverão ser protocolados na Farmácia Central – Avenida 2, 238 – entre ruas 3 e 4 para seguimento do processo.**

**– Critérios para suspensão de pacientes no Protocolo**

O tratamento deverá ser suspenso em qualquer uma das condições abaixo relacionadas:

- a) Não atendimento a qualquer um dos critérios de monitorização acima descritos;
- b) Não redução de pelo menos 50% da hemoglobina glicada (A I c) excedente ao valor máximo do método após 12 meses de terapia e/ou não manutenção do controle glicêmico (A I c <7,0%) deverá novamente aplicar a mesma regra para o segundo ano de tratamento e assim sucessivamente;
- c) Não redução dos quadros de hipoglicemias graves ou noturnas ou não percebidas ou freqüentes, avaliadas pelos registros do glicosímetro e/ou diário de glicemias;
- d) Não realização da glicada para avaliação da atual condição de controle;
- e) Pacientes que não comprovarem, rigorosamente, os critérios de inclusão;
- f) Pacientes portadores de diabetes que não sejam do Tipo 1, excluindo-se portanto, os portadores de diabetes tipo 2, exceto os que não apresentam condição clínica especial;
- g) Pacientes que apresentarem qualquer um dos critérios de suspensão.

### 3. SITUAÇÕES ESPECIAIS

– **Paciente que já faz uso de Análogo de Insulina:**

Será necessário o atendimento a todos os critérios estabelecidos nesse Protocolo referente ao tempo anterior do início do uso do análogo.

– **Paciente com altas doses de Análogos de Insulina:**

O paciente com prescrição de altas doses de análogos de insulina (acima de 70 UI/dia de análogos de longa duração e acima de 40 UI/dia de análogos de curta duração) deverá apresentar:

- a) Relatório médico justificando a dose prescrita e os critérios clínicos e laboratoriais que levaram ao diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1;
- b) Peso atual do paciente para efeito de cálculo da dose/kg que está sendo utilizada.

### 4. OUTRAS SITUAÇÕES

Paciente com presença de doenças intercorrentes ou em uso de medicações que possam promover ou contribuir para a descompensação metabólica (comprovação necessária) ou quaisquer outras situações além das elencadas, deverão ser encaminhadas para análise através da Auditoria Médica da FMSRC ou através de outro setor competente da FMSRC para efeito da inclusão, manutenção ou suspensão de tratamento.

Rio Claro, dezembro de 2021.

## ANEXO I

### FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE INSULINAS ANÁLOGAS DE AÇÃO PROLONGADA E ULTRARRÁPIDA DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO.

(este Formulário é parte integrante do Protocolo para dispensação de análogos de insulina prolongada e ultrarrápida da FMSRC)

#### 1. DADOS DO PACIENTE (Para preenchimento do solicitante)

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone/celular: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Altura(m): \_\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_

#### 2. CRITÉRIOS MÉDICOS PARA SOLICITAÇÃO DE INSULINA ANÁLOGA (Para preenchimento do médico assistente)

##### Dados do Médico(a) assistente

Nome: \_\_\_\_\_ N.º CRM \_\_\_\_\_

##### Tipo de *Diabetes Mellitus*:

( ) Tipo 1 ( ) Tipo 2 ( ) DM+Gestação CID: \_\_\_\_\_ Data Diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Insulina Análoga solicitada para continuidade:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

##### Critérios Adotados para solicitação:

##### Critério 1 – Falha ao uso de esquemas prévios com insulinas (um dos itens):

- ( ) Insulina de ação intermediária (NPH), associada à insulina rápida ou ultrarrápida;
- ( ) Insulina em pré-mistura;
- ( ) Insulina regular (para indicação isolada de ultrarrápida)

##### Critério 2 – Persistente mau controle registrado nos últimos 6 meses, segundo a SBD, SBEM, SBPC/ML, FENAD 2009 (assinalar qual) comprovar com as 2 A1Cs dos últimos 12 meses:

- ( ) A1C (HPLC) acima de 8,5% (0-6 anos de idade e 20-64 anos);
- ( ) A1C (HPLC) acima de 7,5% (13-19 anos);
- ( ) A1C (HPLC) acima de 8% (6-12 anos, acima de 65 anos);

##### Critério 3 – Hipoglicemia grave (um dos itens)

- ( ) Glicemia <50 mg/dL (2 episódios em 6 meses, requerendo ajuda de terceiros ou atendimento hospitalar);
- ( ) Hipoglicemia despercebida (disautonomia: ausência de sintomas neuroadrenérgicos à hipoglicemia)

Obs: os dados devem ser relatados pelo médico assistente e ou registrados em exames laboratoriais ou em glicosímetros.

##### Critério 4 – Resistência imunológica às insulinas intermediárias NPH (atestada pelo médico assistente):

Especificar: \_\_\_\_\_

##### Critério 5 – Outras condições clínicas especiais:

- ( ) DM+gestação ou DMG;
- ( ) DM tipo 1 – já em uso de análogos de ação prolongada e ou fora das metas de controle;
- ( ) Tipo 1 – iniciando insulino terapia com análogos de ação prolongada e ultrarrápida;
- ( ) Hepatopatia;
- ( ) Neoplasia – tratamento radioterápico e ou quimioterápico;
- ( ) Nefropatia (*clearance* de creatinina abaixo de 30 mL/min) ou macroalbuminúria acima de 300 mg/min) ou em tratamento dialítico;
- ( ) Doença coronariana aguda ou crônica e ou cardiopatia crônica;
- ( ) Doença arterial periférica grave (ITB < 0,5 úlcera ativa) e ou amputação.
- ( ) Outros

Rio Claro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(carimbo e assinatura do Médico(a) assistente)

#### 3. PARECER DO AVALIADOR (Para preenchimento do avaliador da FMSRC)

Nome: \_\_\_\_\_

Rio Claro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(carimbo e assinatura do Avaliador)

---

## CHECK LIST

### (Parte integrante do ANEXO I)

---

**Os documentos abaixo relacionados deverão obrigatoriamente ser entregues juntamente com o ANEXO I - Formulário de solicitação, avaliação e autorização de uso de insulinas análogas de ação prolongada e ultrarrápida da FMSRC, devidamente preenchido.**

---

**Os documentos deverão ser protocolados na Farmácia Central – Avenida 2, 238 – entre ruas 3 e 4 para seguimento do processo.**

---

#### Documentos a serem apresentados e conferidos pela Farmácia Central.

1. Cópia dos documentos pessoais
  - ( ) RG
  - ( ) CPF
  - ( ) Cartão SUS
  - ( ) Comprovante de residência (conta de água ou luz – cópia frente e verso) no município de Rio Claro
2. ( ) Formulário de solicitação, avaliação e autorização de uso de Insulinas Análogas de ação prolongada e ultrarrápida da FMSRC – **ANEXO I** (parte integrante deste Check List);
3. ( ) Cadastro no Programa Hiperdia da FMSRC pelas Unidades Básicas de saúde – UBS ou Unidades de Saúde da Família – USF da área de abrangência residencial;
4. ( ) Receituário médico recente (até 30 dias), com posologia e dosagem, carimbada e assinada pelo médico;
5. ( ) Cópia de resultados de exames de glicemia em jejum e pós-prandial e hemoglobina glicada, sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias;
6. ( ) Automonitorização domiciliar da glicemia (últimos 3 meses);
7. ( ) Controle de atividade física (especificar a modalidade e frequência), controle de carboidratos e peso dos últimos 06 meses.
8. ( ) Relatório médico que descreva o quadro clínico do paciente, onde conste:
  - a) Data do diagnóstico;
  - b) Tipo de diabetes;
  - c) Histórico de utilização anterior de insulinas;
  - d) Justificativa de indicação do Análogo;
  - e) Histórico de controle glicêmico;
  - f) Na ocorrência de hipoglicemia, descrever detalhadamente a frequência (por mês) e a gravidade, se possível com o horário.
9. ( ) Comprovação de participação em programa público de educação em diabetes.

## ANEXO II

### FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA CONTINUIDADE DO USO DE INSULINAS ANÁLOGAS DE AÇÃO PROLONGADA E ULTRARRÁPIDA DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO.

(este Formulário é parte integrante do Protocolo para dispensação de análogos de insulina prolongada e ultrarrápida da FMSRC)

#### 1. DADOS DO PACIENTE (Para preenchimento do solicitante)

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone/celular: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Altura(m): \_\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_

#### 2. CRITÉRIOS MÉDICOS PARA SOLICITAÇÃO DE INSULINA ANÁLOGA (Para preenchimento do médico assistente)

##### Dados do Médico(a) assistente

Nome: \_\_\_\_\_ N.º CRM \_\_\_\_\_

##### Tipo de Diabetes Mellitus:

( ) Tipo 1      ( ) Tipo 2      ( ) DM+Gestação      CID: \_\_\_\_\_      Data Diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

##### Insulina Análoga solicitada para continuidade:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

#### 3. JUSTIFICATIVAS PARA CONTINUIDADE OU SUSPENSÃO NO USO DE INSULINA ANÁLOGA (Para preenchimento do Médico avaliador)

##### Justificam a continuidade de insulinas análogas UM dos critérios abaixo, segundo a SBD, SBEM, SBPC/ML, FENAD 2009:

- ( ) A1C (HPLC) atual, igual ou menor que 7,0% ( 20-65 anos);
- ( ) A1C (HPLC) atual ou menor que 8% (6-12 anos e acima de 65 anos).
- ( ) A1C (HPLC) atual ou menor que 8,5% (0 - 6 anos);
- ( ) Redução mínima de 0,5 – 1,0% no valor da A1C a cada 3 meses;
- ( ) Melhora das hipoglicemias despercebidas;
- ( ) Melhora de resistência imunológica;
- ( ) Presença de doenças intercorrentes ou uso de medicações ou outra condição clínica que possam promover ou contribuir para a manutenção da glicemia fora das metas. Anexar relatórios e exames.

##### Justificam a suspensão de insulinas análogas UM dos critérios abaixo:

- ( ) Não haver redução de pelo menos 1,0% do valor da A1C (HPLC) referente ao valor prévio, nos últimos 6 meses (exames necessários para comprovação)
- ( ) Não haver redução de hipoglicemias severas
- ( ) Surgimento de resistência imunológica à insulina análoga
- ( ) Não realização de A1C (HPLC) para avaliação da atual condição de controle.

**\*Caso não se justifique a continuidade da insulina análoga o médico auditor deverá solicitar relatório do médico assistente justificando a continuidade da dispensação do análogo.**

Outras Informações: \_\_\_\_\_

Rio Claro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(carimbo e Assinatura do Médico(a) Avaliador)

#### 4. PARECER DO AVALIADOR (Para preenchimento do avaliador da FMSRC)

Nome: \_\_\_\_\_

Rio Claro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(carimbo e assinatura do Avaliador)

---

## CHECK LIST

### (Parte integrante do ANEXO II)

---

Os documentos abaixo relacionados deverão obrigatoriamente ser entregues juntamente com o ANEXO II - Formulário de solicitação para continuidade do uso de insulinas análogas de ação prolongada e ultrarrápida da FMSRC, devidamente preenchido.

---

Os documentos deverão ser protocolados na Farmácia Central – Avenida 2, 238 – entre ruas 3 e 4 para seguimento do processo.

---

#### Documentos a serem apresentados e conferidos pela Farmácia Central.

1. ( ) Formulário de solicitação para continuidade do uso de insulinas análogas de ação prolongada e ultrarrápida da FMSRC – **ANEXO II** (parte integrante deste Check List);
2. ( ) Diário de glicemias dos últimos 03 meses, pelo menos 3 vezes ao dia, preenchido adequadamente por ocasião da renovação, a cada 06 meses, para avaliação da auditoria da rede pública, demonstrando:
  - 2.1.( ) Receita médica do endocrinologista ou médico assistente atualizada a cada 6 meses
  - 2.2.( ) Cópia do resultado de hemoglobina glicada a cada 3 meses:
    - A1C (HPLC) atual, igual ou menor que 7,0% ( 20-65 anos);
    - A1C (HPLC) atual ou menor que 8% (6-12 anos e acima de 65 anos).
    - A1C (HPLC) atual ou menor que 8,5% (0 - 6 anos);
    - Redução mínima de 0,5 – 1,0% no valor da A1C a cada 3 meses;
  - 2.3.( ) Cópia do resultado de glicemia em jejum a cada 3 meses;
  - 2.4.( ) Comprovação de participação em programa público de educação em diabetes.