

DIVISÃO DE MEDICAMENTOS MARIO DE SOUZA

FONE: 3545-6046

Segunda a Quinta-Feira Sala 14

08:00 as 11:30 h

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE PROCESSOS DE REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS: NÃO ESSENCIAS, INSUMOS E TIRAS REAGENTES (ANÁLOGOS DE INSULINAS DE AÇÃO LENTA E ANALOGOS DE INSULINA DE AÇÃO ULTRA RÁPIDA, FITAS HGT, LANCETAS, SERINGAS COM AGULHAS).

PORTARIA Nº 344/98 G.M LEI FEDERAL Nº 9.787(10/02/99).

MEDICAÇÃO: Recita Médica ORIGINAL SUS contendo: a quantidade de medicação necessária para um (1) mês, modo de usar (quantas vezes por dia). Carimbado pelo médico responsável com assinatura e datado.

MEDICAMENTO DEVE SER PRESCRITO PELO PRINCIPIO ATIVO

RELATÓRIO MÉDICO ORIGINAL SUS : com diagnóstico detalhando e histórico quadro clínico atual indicando a previsão do tempo de uso e o CID – 10, devidamente carimbado e assinado pelo Médico Profissional Solicitante.

OBS. RECEITA E RELATÓRIO MÉDICO DEVERÃO VIR SEPARADAMENTE

AUDITOR SOLICITA EXAMES COMPLEMENTARES (EXAMES RECENTES NO MAXIMO 03 MESES), PARA RENOVAÇÃO DO PROCESSO.

- a) Perfil do lipídio (Colesterol total, HDL, LDL, E Triglicérides);
- b) Glicemia Pós-prandial: **Obs.: Que comprove a falência do uso de Insulinas**
- c) Glicemia de jejum: **da Rede Pública com as respectivas receitas.**
- d) Hemoglobina glicosilada;
- e) Uréia;
- f) Clearance de creatinina;
- g) Proteinúria de 24 horas;
- h) Pesquisa de fundo de olho – Oftalmo – laudo médico.
- i) Hemograma Completo

DOCUMENTOS NECESSARIOS PARA ABERTURA DO PROCESSO XEROX:

- 1) Carteira de identidade ou certidão de nascimento da criança;
- 2) CPF e carteira de identidade do responsável pela criança;
- 3) Comprovante de endereço atualizado;
- 4) Cartão SUS;
- 5) Formulário fornecido pela SMS Aparecida de Goiânia preenchido e assinado pelo médico solicitante.

OBS: Renovação de Processo a cada 03 meses (Xerox dos exames recentes), receita em 02 (duas) vias e relatório médico.

USUARIO: O USUARIO SE COMPROMETE A DEVOLVER O MEDICAMENTO AO DEPARTAMENTO CASO O TRATAMENTO SEJA INTERROMPIDO.

DIVISÃO DE MEDICAMENTOS MARIO DE SOUZA

Questionário Médico para Solicitação de Análogos de Insulina e Insumos

1) Identificação do usuário:

Nome: _____
Nome da mãe: _____
Nome do pai: _____
Data de nascimento: ____/____/____. Sexo: f () m ()
Escolaridade: _____
Nacionalidade: _____ n° do cartão SUS: _____
CI: _____ CPF _____

2) Endereço:

Rua/Av.: _____
Numero: _____ Complemento: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Telefone: _____

3) Dados do medico solicitante:

Nome do médico: _____
CPF do médico: _____ CRM: _____
Telefone para Contato: _____

4) Dados do Usuário:

Fatores do risco e doenças concomitantes:
Tabagismo: sim () não () sedentarismo sim () não ()
Sobrepeso/obesidade sim () não () IMC= _____ hipertensão arterial sim () não ()

5) Presença de complicações

Coronariopatias sim () não () AVC sim () não () pé diabético sim () não ()
Amputação por Diabetes sim () não () IAM sim () não ()
Retinopatia sim () não () Tempo de evolução? _____
Doença renal sim () não () qual? _____ tempo de evolução: _____

6) Dados da Diabetes:

Tipo: _____ Cid: _____ Data diagnostico ____/____/____.
Historia de hipoglicemia: sim () não () convulsões sim () não ()
Diabetes gestacionais sim () não () quantas gestações? _____
Familiares dia beticos sim () não () quem? _____

7) Monotorização:

Automonotorização sim () não () aparelho: _____ n° testes/semana: _____
Frequência necessária () dias alternados () 1 vez ao dia quantos? _____

S) Esquema de tratamento:

Medicamentos	Posologia

Insumos:	Quantidade
Fitas HGT	
Lancetas	
Caneta aplicação	
Seringas	
Agulhas (especificar o tamanho)	

Assinatura e carimbo do medico responsável

APARECIDA DE GOIANIA: _____ / _____ / _____