



**ANEXO 01**  
**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INSULINAS ANÁLOGAS**

**Identificação do Paciente:**

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

CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Tipo de Diabetes:

Tipo 1 Outros \_\_\_\_\_

Esquema de Tratamento com Insulinas:

Insulina que utiliza:

NPH Regular Análoga ultrarrápida \_\_\_\_\_ Análoga lenta \_\_\_\_\_

Assinale o esquema terapêutico atual do paciente:

Poliúria  Polidipsia  Polifagia  Emagrecimento sem outra causa aparente  cetoacidose diabética prévia  Glicemia aleatória maior do que 200 mg/dL na presença de sintomas clássicos de hiperglicemia (polidipsia, poliúria e perda inexplicada de peso);

Glicemia em jejum de 8h  $\geq 126$  mg/dL em duas ocasiões;

Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga  $\geq 200$  mg/dL em duas ocasiões;

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

Hipoglicemia grave\* (definida pela necessidade de auxílio de um terceiro para sua resolução);

Hipoglicemias não graves repetidas\* (definidas como dois episódios ou mais por semana) caracterizadas por episódios de glicemia capilar  $<54$  mg/dL com ou sem sintomas ou  $<70$  mg/dL acompanhado de sintomas (tremores, sudorese fria, palpitações e sensação de desmaio);

Hipoglicemias noturnas repetidas\* (definidas como mais de um episódio por semana).  Outros: \_\_\_\_\_

**1-Eventos que justificam a solicitação supracitada:**

Poliúria  Polidipsia  Polifagia  Emagrecimento sem outra causa aparente  cetoacidose diabética

prévia  Glicemia aleatória maior do que 200 mg/dL na presença de sintomas clássicos de hiperglicemia

(polidipsia, poliúria e perda inexplicada de peso);  Glicemia em jejum de 8h  $\geq 126$  mg/dL em duas ocasiões;

Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga  $\geq 200$  mg/dL em duas ocasiões;  HbA1c  $\geq 6,5\%$  em duas ocasiões;

Hipoglicemia grave\* (definida pela necessidade de auxílio de um terceiro para sua resolução);

Hipoglicemias não graves repetidas\* (definidas como dois episódios ou mais por semana) caracterizadas por

episódios de glicemia capilar  $<54$  mg/dL com ou sem sintomas ou  $<70$  mg/dL acompanhado de sintomas

(tremores, sudorese fria, palpitações e sensação de desmaio) ;  Hipoglicemias noturnas repetidas\* (definidas

como mais de um episódio por semana).

Outros: \_\_\_\_\_

**Resultados dos Exames:**

Exame	RESULTADOS	DATA	RESULTADO	DATA	
Glicemia de Jejum					
HbA1c					

