



# PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

## FORMULÁRIO para dispensação de canetas de insulina humana NPH e Regular

NOTA TÉCNICA Nº 07 ATAF/CAB/SEABVS/SMS.G

### Critérios para dispensação:

Versão novembro/2021

- 1) Consideram-se os critérios estabelecidos na Nota Técnica Nº 84/2021-CGAFB/DAF/SCTIE/MS, de 03 de março de 2021, as canetas para aplicação de insulina humana NPH e Regular e a discricionariedade dos estados e municípios, mencionada no item 6.2 da referida Nota Técnica.
- 2) A prescrição e dispensação deverão obedecer às disposições da Portaria SMS.G nº 82/2015 a respeito da prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das Unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) sob gestão municipal.
- 3) Este formulário poderá ser preenchido pelo médico ou enfermeiro ou farmacêutico e deverá ser apresentado na farmácia da Unidade de Saúde para a retirada do medicamento, juntamente com a prescrição médica.

#### \*\*\*Da necessidade do preenchimento deste formulário\*\*\*

Este formulário foi elaborado de forma estratificada por faixa etária e seu preenchimento faz-se necessário, pois, permitirá o levantamento de dados epidemiológicos, dados específicos de dispensação e ateste de orientações fornecidas ao paciente quanto ao manejo das canetas.

### Identificação do Paciente

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Gênero: M ( ) F ( )

CNS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

### O(a) paciente apresenta

1. ( ) Diabetes Mellitus Tipo 1, independente da faixa etária;
2. ( ) Diabetes Mellitus Tipo 2, na faixa etária menor ou igual a 19 anos;
3. ( ) Diabetes Mellitus Tipo 2, na faixa etária de 20 a 49 anos;
4. ( ) Diabetes Mellitus Tipo 2, na faixa etária maior ou igual a 50 anos.

### Declaração e identificação do profissional (Médico ou farmacêutico ou enfermeiro)

Certifico que o paciente e/ou responsável está ciente e orientado quanto ao manejo do produto, sua conservação, técnica de administração, o descarte e retorno para avaliação do desempenho no manejo da caneta.

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

Nº do Conselho de Classe: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### Das condições e competências para a utilização do formulário

O médico deverá preencher este formulário para prescrever as canetas de insulina ou substituir a apresentação frascos pela apresentação canetas.

O enfermeiro ou farmacêutico deverão preencher este formulário somente para substituir a apresentação frascos pela apresentação canetas, mediante prescrição médica com indicação do uso de insulina.