

**PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO (AMG)
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INSUMOS – DIABETES INSULINODEPENDENTES
(LEI FEDERAL 11.347/06 - PORTARIA MINISTÉRIO DA SAÚDE 2.583/07)**

A avaliação e retorno médico recomendados para portadores de Diabetes Mellitus Insulinodependentes que necessitam de Automonitoramento Glicêmico é a cada 03 meses; pois são pacientes estratificados como de Alto Risco. **Portanto, esta Solicitação tem validade de 03 meses.**

Solicitações superiores a este período são de total responsabilidade e avaliação do prescritor médico e devem estar obrigatoriamente justificadas na solicitação: _____.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____

CNS: _____ DATA DE NASC: ____/____/____

PRONTUÁRIO: _____ FONE/CONTATO: _____

NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO: _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____

CEP: _____ BAIRRO _____ - SÃO PAULO - SP.

ANO DE DIAGNÓSTICO: _____

DIABETES MELLITUS: () TIPO I () TIPO II () GESTACIONAL

INSULINA: () NPH () REGULAR

() OUTRAS - ESPECIFICAR: _____

JUSTIFICAR: _____

DOSE DIÁRIA DE INSULINA: 1 - _____ UI Horário: _____ 2 - _____ UI Horário: _____

3 - _____ UI Horário: _____ 4 - _____ UI Horário: _____

5 - _____ UI Horário: _____ 6 - _____ UI Horário: _____

RESULTADOS DE EXAMES:

GLICEMIA DE JEJUM: _____ DATA: ____/____/____

HB GLICADA*: _____ DATA: ____/____/____ DATA: ____/____/____

* No mínimo 02 avaliações anuais

AUTOMONITORAMENTO DIÁRIO

Nº DE VEZES/DIA () 1 () 2 () 3 () 4 () MAIS DE 04 – INFORMAR Nº DE VEZES/DIA: _____

JUSTIFICAR PARA MAIS DE 04 VERIFICAÇÕES: _____

INSUMOS PARA 30 DIAS:

() TIRAS REAGENTES PARA DOSAGEM DE GLICEMIA CAPILAR – Quantidade: _____

() LANCETAS PARA PUNÇÃO DIGITAL – Quantidade: _____

() SERINGA DESCARTAVEL PARA INSULINA (50 UI COM AGULHA FIXA 6,0 MM X 0,25 MM) *

– Quantidade: _____ * Observação importante: somente para crianças e adultos de baixo IMC

() SERINGA DESCARTAVEL PARA INSULINA (100 UI COM AGULHA FIXA DE 8,0MM X 0,30 MM)

– Quantidade: _____

() RECIPIENTE PARA PÉRFURO CORTANTE (3 LITROS) – Quantidade: _____

* Observação importante: o quantitativo de Recipiente será calculado de acordo com o total de material entregue/mês

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR:

NOME: _____

CRM: _____

() SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL

UNIDADE DE SAÚDE: _____

STS/CRS: _____

() SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL: _____

() SERVIÇO/CONSULTÓRIO PARTICULAR

CONVÊNIO: _____

SÃO PAULO, ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR MÉDICO