

# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

## DIABETE MELITO TIPO 2

DAPAGLIFLOZINA

E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada pelo médico, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).  
Obs: TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS

2. **RECEITA MÉDICA**, pelo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data.

3. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** Via original.

4. **CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:

- ✓ Glicemia de jejum, Hemoglobina Glicada, Creatinina sérica, e Proteinúria.
- ✓ Colesterol Total e frações, Triglicérides.
- ✓ Taxa de filtração glomerular.
- ✓ Fundoscopia (a critério médico).
- ✓ Laudo/relatório médico contendo as seguintes informações: idade do paciente, presença de comorbidades, resposta aos tratamentos prévios.

✓ **Paciente maior ou igual a 40 anos e que possuir ao menos uma das doenças cardiovasculares estabelecidas:**

- ( ) Infarto agudo do miocárdio prévio
- ( ) Cirurgia de revascularização do miocárdio prévia
- ( ) Angioplastia prévia das coronárias
- ( ) Angina estável ou instável
- ( ) Acidente vascular cerebral isquêmico prévio
- ( ) Ataque isquêmico transitório prévio
- ( ) Insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40

✓ **Anexar exames ou laudos comprobatórios:**

Observação: Caso o paciente tenha apresentado angina estável/instável ou ataque isquêmico transitório prévio deve ser anexar laudo detalhado do cardiologista ou neurologista, respectivamente.

# ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO DIABETE MELITO TIPO 2

DAPAGLIFLOZINA

E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9

- ✓ **Paciente com idade maior ou igual a 55 anos (homem) ou idade maior ou igual a 60 anos (mulheres) e que possuir um dos critérios de alto risco de desenvolver doença (s) cardiovascular (es):**
  - ( ) Hipertensão arterial sistêmica
  - ( ) Dislipidemia
  - ( ) Tabagismo
- ✓ Anexar laudo/relatório médico descrevendo alto risco de desenvolver doença cardiovascular (hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia ou tabagismo).
- 5 **CÓPIA DE DOCUMENTOS** do paciente: **R.G, CPF e Cartão do SUS.**  
Cópia dos documentos pessoais do responsável legal e curatela, caso o paciente seja incapaz ou menor.
- 6 **CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.

- **LAUDO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS LME:**

Todos os campos deverão estar preenchidos.

Utilizar nome genérico do (s) medicamento (s) - não serão protocolados pedidos identificados pelo nome comercial.

Todas as solicitações de medicamentos deverão estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013 e suas atualizações.

Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.