

## FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE DAPAGLIFLOZINA PARA O TRATAMENTO DE DIABETE MELITO TIPO 2

*Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2 – Portaria SCTIE/MS nº 13, de 21 de fevereiro de 2026*

| 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE          |                                                                   |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Nome completo: _____                  |                                                                   |
| Nome social (quando aplicável): _____ |                                                                   |
| CNS: _____                            | Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: ( ) M ( ) F |

Declaro, para os fins de solicitação do medicamento **DAPAGLIFLOZINA 10 mg**, que o(a) paciente acima identificado(a) preenche os critérios de inclusão assinalados abaixo, conforme o PCDT vigente.

| 2. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PRÉVIO E ATUAL<br><i>(Preenchimento obrigatório – a dapagliflozina é indicada como SEGUNDA intensificação de tratamento)</i>                                                                                                                |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>2.1 Metformina (biguanida):</b><br>( ) Em uso atual – dose diária: _____ mg Tempo de uso: _____<br>( ) Uso prévio, suspenso – motivo: ( ) intolerância ( ) contraindicação ( ) outro: _____<br>( ) Nunca utilizou – justificativa clínica: _____                     |  |
| <b>2.2 Sulfonilureia (glibenclâmida/gliclazida):</b><br>( ) Em uso atual – medicamento/dose: _____ Tempo de uso: _____<br>( ) Uso prévio, suspenso – motivo: ( ) intolerância ( ) contraindicação ( ) outro: _____<br>( ) Nunca utilizou – justificativa clínica: _____ |  |
| <b>2.3 Outro(s) hipoglicemiantes em uso:</b> _____                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <b>2.4 Falha em atingir a meta terapêutica (HbA1c) com o esquema metformina + sulfonilureia, apesar de boa adesão?</b><br>( ) Sim – HbA1c atual: _____ % (data: ____/____/____) ( ) Não                                                                                 |  |
| <b>2.5 Preencher somente se o paciente JÁ está em uso de dapagliflozina:</b><br>Há quanto tempo utiliza o medicamento? _____<br>Resultado de 1 dos exames alterados na época do diagnóstico de DM2: _____                                                               |  |

| 3. CONDIÇÃO DE SAÚDE CONFORME IDADE E SEXO DO PACIENTE (REQUISITOS DE INCLUSÃO)<br><i>(Preenchimento obrigatório de pelo menos um dos itens 3.1, 3.2 ou 3.3)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3.1 ( ) AMBOS OS SEXOS: 40 anos ou mais com DOENÇA CARDIOVASCULAR ESTABELECIDA</b><br><i>(Assinalar ao menos um dos critérios descritos ao lado)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ( ) Infarto agudo do miocárdio prévio;<br>( ) Cirurgia de revascularização do miocárdio prévia;<br>( ) Angioplastia prévia das coronárias;<br>( ) Angina estável ou instável;<br>( ) Acidente vascular cerebral isquêmico prévio;<br>( ) Ataque isquêmico transitório prévio;<br>( ) Insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%. |
| <b>ATENÇÃO – DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA OBRIGATÓRIA:</b> se assinalado o item 3.1, ANEXAR documento que comprove a doença cardiovascular estabelecida (ex.: laudo de cateterismo/angioplastia, sumário de alta hospitalar, laudo de ecocardiograma com FE < 40%, laudo de tomografia/ressonância de crânio ou relatório médico detalhado do evento). Para HOMENS de 40 a 54 anos e MULHERES de 40 a 59 anos, a doença cardiovascular estabelecida é o ÚNICO critério de inclusão possível, sendo IMPRESCINDÍVEL o envio do exame/documento comprobatório, sob pena de indeferimento da solicitação. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>3.2 ( ) HOMEM com 55 anos ou mais</b><br><i>(Alto risco cardiovascular – assinalar ao menos um dos critérios ao lado). Anexar laudo/relatório médico descrevendo alto risco de desenvolver doença cardiovascular (hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia ou tabagismo).</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ( ) Hipertensão Arterial Sistêmica;<br>( ) Dislipidemia;<br>( ) Tabagismo.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>3.3 ( ) MULHER com 60 anos ou mais</b><br><i>(Alto risco cardiovascular – assinalar ao menos um dos critérios ao lado). Anexar laudo/relatório médico descrevendo alto risco de desenvolver doença cardiovascular (hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia ou tabagismo).</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ( ) Hipertensão Arterial Sistêmica;<br>( ) Dislipidemia;<br>( ) Tabagismo.                                                                                                                                                                                                                                                                      |

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)  
CRM/UF: \_\_\_\_\_

Local e data