



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE
DIABETE MELITO TIPO 2
PORTARIA SCTIE/MS nº 54, de 11 de novembro de 2020



Declaro, para os devidos fins de solicitação do medicamento **Dapagliflozina**, que a(o) usuária(o) _____, preenche os critérios de inclusão abaixo:

É obrigatório preencher pelo menos UMA alternativa por item, dos itens 1 ao 6 OU 7, como critério de inclusão do PCDT/MS:

1. A(o) usuária(o) possui Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2:

() Sim; () Não.

2. A(o) usuária(o) conseguiu o controle glicêmico adequado em tratamento otimizado com metformina e sulfonilureia:

() Sim; () Não; () Não realizou tratamento prévio com os medicamentos acima.

3. A(o) usuária(o) possui a(s) doença(s) cardiovascular(es) estabelecida(s):

- () 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%;
- () Não possui nenhuma das doenças acima.

4. O tratamento para DM2 com Dapagliflozina constará em uma:

() Monoterapia; () Associação com outros antidiabéticos.

5. A(o) usuária(o) deve apresentar pelo menos UM critério diagnóstico de hiperglicemia, para o qual deve ser anexado exame(s) comprobatório(s), caso atualmente não esteja em uso de Dapagliflozina ou outro SGLT2:

() Hemoglobina glicada $\geq 6,5\%$ (método padronizado - NGSP);

OU
() Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL em duas ocasiões, com curto intervalo de tempo (máximo de 3 meses);

OU
() Glicose casual maior ou igual a 200 mg/dl **E** sintomas característicos de DM (poliúria, polidipsia, polifagia e perda ponderal);

OU
() Glicose casual com valores entre 100 e 125 mg/dL **E** Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) de duas horas pós-sobrecarga ≥ 200 mg/dL.

6. Para usuários que já fazem uso de Dapagliflozina (ou outro SGLT2 que será substituído pela Dapagliflozina) deve-se preencher os campos abaixo de forma LEGÍVEL:

6.1 Tratamentos farmacológicos realizados atualmente pela/o usuária/o:

() Dapagliflozina

() Outro(s): _____;

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Local e data