



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO  
ATRAVÉS DO CEAF/SC - PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES  
TERAPÊUTICAS DAS ESTRATÉGIAS PARA ATENUAR A PROGRESSÃO DA  
DOENÇA RENAL CRÔNICA  
Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 11 – 16/09/2024



Declaro para fins de solicitação do medicamento **Dapagliflozina** para o tratamento contemplado no PCDT de Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica, que o(a) paciente \_\_\_\_\_ não apresenta **nenhum** critério de exclusão e satisfaz os seguintes **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**:

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

1. ( ) Paciente está em uso de terapia padrão com os medicamentos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA) e apresenta taxa de filtração glomerular entre 25 e 75 mL/min (**Anexar exame comprobatório: creatinina sérica ou taxa de filtração glomerular**).

2. Além dos critérios acima, favor informar:

2.1 ( ) Paciente é diabético

OU

2.2 ( ) Paciente não é diabético (**Anexar exame comprobatório: apresenta RAC maior que 300mg/g**)

E

3. Paciente já iniciou a terapia renal substitutiva ou realizou transplante renal?

( ) Sim

( ) Não

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do (a) médico(a)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data