



# PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

## FORMULÁRIO para dispensação de canetas de insulina humana NPH e Regular

NOTA TÉCNICA Nº 84/2021-CGAFB/DAF/SCTIE/MS

### Critérios para dispensação:

Versão maio/2021

- 1) Consideram-se os critérios estabelecidos na Nota Técnica Nº 84/2021-CGAFB/DAF/SCTIE/MS, de 03 de março de 2021, as canetas para aplicação de insulina humana NPH e Regular e a discricionariedade dos estados e municípios, mencionada no item 6.2 da referida Nota Técnica.
- 2) A prescrição e dispensação deverão obedecer às disposições da Portaria SMS.G nº 82/2015 a respeito da prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das Unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) sob gestão municipal.
- 3) Este formulário poderá ser preenchido pelo médico ou enfermeiro ou farmacêutico e deverá ser apresentado na farmácia da Unidade de Saúde para a retirada do medicamento, juntamente com a prescrição médica.

### Identificação do Paciente

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Gênero: M ( ) F ( )

CNS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### O(a) paciente apresenta

1. ( ) Diabetes Mellitus Tipo 1, independente da faixa etária;
2. ( ) Diabetes Mellitus Tipo 2 e idade menor ou igual a 19 anos;
3. ( ) Diabetes Mellitus Tipo 2 e idade maior ou igual a 50 anos;
4. ( ) Diabetes Mellitus Tipo 2 em grávidas ou puérperas, independente da faixa etária;
5. ( ) Diabetes Mellitus Tipo 2 em pacientes que apresentem limitações de membros superiores que impossibilitem o preparo e uso da insulina frasco, independente da faixa etária;
6. ( ) Diabetes Mellitus Tipo 2 em pacientes com prejuízo na acuidade visual que impossibilite o preparo e uso da insulina frasco, independente da faixa etária;
7. ( ) Diabetes Mellitus Tipo 2 em pacientes com dificuldades de preparo da insulina frasco no ambiente de trabalho, independente da faixa etária, conforme avaliação da equipe de saúde.

### Declaração e identificação do profissional (Médico ou farmacêutico ou enfermeiro)

Certifico que o paciente e/ou responsável está ciente e orientado quanto ao manejo do produto, sua conservação, técnica de administração, o descarte e retorno para avaliação do desempenho no manejo da caneta.

Nome:

Nº do Conselho de Classe: — —

Data:

Assinatura:

### Das condições e competências para a utilização do formulário

O médico deverá preencher este formulário para prescrever as canetas de insulina ou substituir a apresentação frascos pela apresentação canetas.

O enfermeiro ou farmacêutico deverão preencher este formulário somente para substituir a apresentação frascos pela apresentação canetas, mediante prescrição médica com indicação do uso de insulina.