



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

FORMULÁRIO DE INSUMOS PARA PACIENTES DIABÉTICOS

Nome: _____

Unidade de Saúde: _____ Reg. SES

USO CONTÍNUO

()	Tipo	Tiras Reagentes* -1frasco =50tiras	Lancetas Uso de 6 a 8 vezes	Seringas Uso de 6 a 8 vezes
()	DM 1	2 caixas/mês (4 testes/ dia) e 1 caixa extra/3meses	20 und/mês	30 und/mês (3 ptes c/10 und)
()	DM 2- insulinoterapia (2x ao dia)	1 caixa/mês (2 testes/dia)	10 und/mês	20 und/mês (2 ptes c/10 und)
()	DM 2- Insulina 1x ao dia	1 caixa - 3em 3 meses (4 testes / semana)	4 und/mês	08 und/mês (1 pte c/10 und)
()	Gestantes com DM Controle com dieta e/ou medicação	1 caixa/mês (2 testes/dia)	10 und/mês	—
()	Gestantes com DM insulinização plena	3 caixas/mês (6 testes/dia)	30 und/mês	30 und/mês (3 ptes c/10 und)
()	DM 1 ou 2 descompensados - Comprovado por relatório médico** Válido 60 dias	3 caixas/mês (6 testes/dia)	30 und/mês	30 und/mês (3 ptes c/10 und)
()	DM – uso de SICI ou contagem de CHO	4 caixas/mês (6 a 8 testes/dia)	40 und/mês	—

* O fornecimento de tiras na secretaria é feito através de embalagens que contém 50 tiras por frasco, que não podem ser retiradas da embalagem para segurança do produto.

** Em caso de aplicações extras, o médico assistente deverá esclarecer a necessidade por meio de relatório em texto inserido na própria receita (válido por 60 dias) e comprovação da descompensação (através dos resultados do glicosímetro). A manutenção dessa excepcionalidade só poderá ser contemplada mediante comprovação da realização da AMG ou perfil glicêmico cuja apresentação anexa é obrigatória, inclusive com a verificação do equipamento para leitura dos resultados ou transferência para *software* quando disponível.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

FORMULÁRIO DE INSUMOS PARA PACIENTES DIABÉTICOS

Nome: _____

Unidade de Saúde: _____ Reg. SES

USO CONTÍNUO

()	Tipo	Tiras Reagentes* -1frasco =50tiras	Lancetas Uso de 6 a 8 vezes	Seringas Uso de 6 a 8 vezes
()	DM 1	2 caixas/mês (4 testes/ dia) e 1 caixa extra/3meses	20 und/mês	30 und/mês (3 ptes c/10 und)
()	DM 2- insulinoterapia (2x ao dia)	1 caixa/mês (2 testes/dia)	10 und/mês	20 und/mês (2 ptes c/10 und)
()	DM 2- Insulina 1x ao dia	1 caixa - 3em 3 meses (4 testes / semana)	4 und/mês	08 und/mês (1 pte c/10 und)
()	Gestantes com DM Controle com dieta e/ou medicação	1 caixa/mês (2 testes/dia)	10 und/mês	—
()	Gestantes com DM insulinização plena	3 caixas/mês (6 testes/dia)	30 und/mês	30 und/mês (3 ptes c/10 und)
()	DM 1 ou 2 descompensados - Comprovado por relatório médico** Válido 60 dias	3 caixas/mês (6 testes/dia)	30 und/mês	30 und/mês (3 ptes c/10 und)
()	DM – uso de SICI ou contagem de CHO	4 caixas/mês (6 a 8 testes/dia)	40 und/mês	—

* O fornecimento de tiras na secretaria é feito através de embalagens que contém 50 tiras por frasco, que não podem ser retiradas da embalagem para segurança do produto.

** Em caso de aplicações extras, o médico assistente deverá esclarecer a necessidade por meio de relatório em texto inserido na própria receita (válido por 60 dias) e comprovação da descompensação (através dos resultados do glicosímetro). A manutenção dessa excepcionalidade só poderá ser contemplada mediante comprovação da realização da AMG ou perfil glicêmico cuja apresentação anexa é obrigatória, inclusive com a verificação do equipamento para leitura dos resultados ou transferência para *software* quando disponível.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo