



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro  
Prefeitura de Quissamã  
Rua Conde de Araruama, 425 – Centro  
Secretaria Municipal de Saúde



PROGRAMA HIPERDIA

( ) ABERTURA DO PROCESSO – Prescrição Médica

( ) RENOVAÇÃO – Receita Atualizada

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE :**

NOME: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ DATA DE NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CEL.: \_\_\_\_\_  
NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ QUISSAMÃ -RJ

**DOSE DIÁRIA DE INSULINA:**

\_\_\_\_\_ UI HORÁRIO: \_\_\_\_\_ UI HORÁRIO: \_\_\_\_\_ UI HORÁRIO: \_\_\_\_\_  
UI HORÁRIO: \_\_\_\_\_ UI HORÁRIO: \_\_\_\_\_ UI HORÁRIO: \_\_\_\_\_

RESULTADO DOS EXAMES: ( levar para o médico ) :

GLICEMIA DE JEJUM: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ no mínimo 2 avaliações anuais  
HEMOGLOBINA GLICADA: \_\_\_\_\_ DATA : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

AUTOMONITORAMENTO DIÁRIO:

N.º DE VEZES DIA ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) MAIS DE CINCO - INFORMAR N.º DE VEZES / DIA: \_\_\_\_\_  
JUSTIFICAR O EXCESSIVO N.º DE VERIFICAÇÕES: \_\_\_\_\_

INSUMOS PARA 30 DIAS:

|  |                   |
|--|-------------------|
| ( ) 1 GLICOSÍMETRO ( processo novo / consignado)     | QUANTIDADE: _____ |
| ( ) TIRAS REAGENTES PARA DOSAGEM DE GLICEMIA CAPILAR | QUANTIDADE: _____ |
| ( ) LANCETAS PARA PUNÇÃO DIGITAL                     | QUANTIDADE: _____ |
| ( ) SERINGA DESCARTÁVEL PARA INSULINA APRESENTAÇÃO : | QUANTIDADE: _____ |
| ( ) CANETA REGULAR                                   | QUANTIDADE: _____ |
| ( ) CANETA NPH -                                     | QUANTIDADE: _____ |
| ( ) INSULINA REGULAR FRASCO-                         | QUANTIDADE: _____ |
| ( ) INSULINA NPH FRASCO-                             | QUANTIDADE: _____ |
| ( ) LANTHUS FRASCO-                                  | QUANTIDADE: _____ |

**Informações Clínicas:**

- Exames dos pés ( ) Normal ( ) Alterado ( ) Não realizado  
- Acompanhamento Nutricional ( ) Sim ( ) Não Data agendada: \_\_\_\_\_  
- Acompanhamento com Endocrinologista: ( ) Sim ( ) Não Data agendada: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO DO SUS:

NOME: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
UNIDADE DE SAÚDE : \_\_\_\_\_  
QUISSAMÃ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO PRESCRITOR

**PRESCRIÇÃO DE CANETA**

Faixa etária: (maior ou igual a 50 e menor ou igual a 19).  
NPH OU REGULAR

## CRITÉRIOS PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE APARELHO DE GLICEMIA

- PACIENTE DIABÉTICO NÃO USUÁRIO DE INSULINA COM:

- ( ) RETINOPATIA
- ( ) ACAMADO NEFROPATA
- ( ) ACAMADO DIABÉTICO AMPUTADO
- ( ) DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

### ABERTURA DE PROCESSO PARA DIABÉTICOS NÃO USUÁRIO DE INSULINA:

#### ( ) ABERTURA DE PROCESSO

- ✓ 2 cópias do formulário para solicitação de insumos, prescrição médica, indicando esquema de monitoramento;
- ✓ CPF;
- ✓ Identidade;
- ✓ Comprovante de residência;
- ✓ Cartão do SUS. ( Entregar ao Serviço Social nos altos da Farmácia Municipal).

#### ( ) RENOVAÇÃO DE PROCESSO

- ✓ Cópia do formulário para solicitação de insumo.
- ✓ Receita atualizada.

### PARECER TÉCNICO HIPERDIA:

- ( ) DEFERIDO
- ( ) INDEFERIDO

OBS.:

---

---