



**PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO (AMG)**  
**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INSUMOS –**  
**DIABETES INSULINODEPENDENTES**

(LEI FEDERAL 11.347/06 - PORTARIA MINISTÉRIO DA SAÚDE 2.583/07 -  
LEI MUNICIPAL 18.306/25)

(identificação unidade de saúde)

A avaliação e retorno médico recomendados para portadores de Diabetes Mellitus Insulinodependentes que necessitam de Automonitoramento Glicêmico é a cada 03 meses; pois são pacientes estratificados como de Alto Risco. **Portanto, esta Solicitação tem validade de 03 meses.**

**Identificação do paciente:**

Nome/nome social: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Intersexo

Raça/Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena Prontuário: \_\_\_\_\_

Fone de contato: \_\_\_\_\_ Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_, São Paulo - SP

Ano de diagnóstico: \_\_\_\_\_ Diabetes Mellitus? ( ) Tipo I ( ) Tipo II ( ) Gestacional

Insulina: ( ) NPH ( ) Regular

( ) Outras, especificar: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

Dose diária de insulina: 1 - \_\_\_\_\_ UI Horário: \_\_\_\_\_ 2 - \_\_\_\_\_ UI Horário: \_\_\_\_\_

3 - \_\_\_\_\_ UI Horário: \_\_\_\_\_ 4 - \_\_\_\_\_ UI Horário: \_\_\_\_\_

5 - \_\_\_\_\_ UI Horário: \_\_\_\_\_ 6 - \_\_\_\_\_ UI Horário: \_\_\_\_\_

**Resultados de exames:**

GLICEMIA DE JEJUM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HB GLICADA\*: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*No mínimo 02 avaliações anuais

**AUTOMONITORAMENTO DIÁRIO**

Nº de vezes/dia: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) Mais de 04 – informar nº de vezes/dia: \_\_\_\_\_

Justificar para mais de 04 verificações: \_\_\_\_\_

**insumos para 30 dias:**

( ) Tiras reagentes para dosagem de glicemia capilar – quantidade: \_\_\_\_\_

( ) Lancetas para punção digital – quantidade: \_\_\_\_\_

( ) Seringa descartável para insulina (50 ui com agulha fixa 6,0 mm x 0,25 mm)\*

– quantidade: \_\_\_\_\_ \*observação importante: somente para crianças e adultos de baixo IMC

( ) Seringa descartável para insulina (100 ui com agulha fixa de 8,0 mm x 0,30 mm)

– quantidade: \_\_\_\_\_

( ) Recipiente para pérfuro cortante (3 litros) – quantidade: \_\_\_\_\_

( ) Sensor para monitorização contínua de glicose, uso domiciliar – quantidade: \_\_\_\_\_

( ) Sensor para monitorização contínua de glicose com leitor, uso domiciliar – quantidade: \_\_\_\_\_

\*observação importante: o quantitativo de recipiente será calculado de acordo com o total de material entregue/mês.

**Identificação do prescritor:**

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

( ) serviço público municipal

Unidade de saúde: \_\_\_\_\_ STS/CRS: \_\_\_\_\_

( ) Serviço público estadual: \_\_\_\_\_

( ) Serviço/consultório particular

Convênio: \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
assinatura e carimbo do prescritor médico