



**Prefeitura Municipal de Balsa Nova
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia Básica Central**

Avenida Brasil, 665 - Centro - Balsa Nova/PR
(41) 3636 8000/ 99209 0574

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INSULINAS E INSUMOS –
DIABETES INSULINODEPENDENTES (PORTARIA MINISTÉRIO DA SAÚDE
Nº 2.583/07)**

DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____

UBS SOLICITANTE: _____

NOME COMPLETO DO PACIENTE:

DIABETES MELLITUS: () TIPO I () TIPO II () GESTACIONAL

HISTÓRICO DE HIPOGLICEMIA: () SIM () NÃO

HIPERTENSO: () SIM () NÃO

INSULINA: () NPH () REGULAR
() OUTRAS – ESPECIFICAR: _____

OBS: Farmácia Básica apenas NPH e Regular.

Farmácia Especial: Asparte, Glulisina, Detemir, Glargina, Lispro. Preencher documentos que estão no site <https://api.saude.pr.gov.br/governo-digital/farmacia/consulta>. Cadastro na Farmácia Especial em Curitiba.

AUTOMONITORAMENTO DIÁRIO Nº DE VEZES/ DIA: () 1 () 2 () 3 () 4
MAIS DE 04 – INFORMAR Nº DE VEZES/DIA: _____
JUSTIFICAR PARA MAIS DE 04 VERIFICAÇÕES:

***Observação importante: somente pacientes na faixa etária menor ou igual a 15 anos e maior ou igual a 60 anos irão receber as canetas de insulinas.**

Anexar a receita médica.

(assinatura e carimbo do médico)

Documentos que deverão ser apresentados na Farmácia Básica da Prefeitura Municipal de Balsa Nova:

- Formulário de solicitação datado;
- Prescrição médica datada;
- Cópia do RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde, Carteira da Gestante (para DG), comprovante de residência;
- Caixa de isopor com gelo;
- Glicosímetro (caso o paciente tenha);



**Prefeitura Municipal de Balsa Nova
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia Básica Central**

Avenida Brasil, 665 - Centro - Balsa Nova/PR
(41) 3636 8000/ 99209 0574

PREENCHIMENTO PELA FARMÁCIA BÁSICA

NÚMERO DO CARTÃO SUS: _____

NÚMERO DO CPF: _____

ESTADO CIVIL: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ TELEFONE: _____

UTILIZA OUTROS MEDICAMENTOS VIA ORAL PARA TRATAR O DM?

() SIM () NÃO

	Comprimidos / dia									
	1/2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Glibenclamida 5mg										
Metformina 850mg										

Recebi 1 (um) glicosímetro da marca _____, n° de série _____, para controle e tratamento do Diabetes Mellitus.

Estou ciente da minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do aparelho a mim cedido, uma vez que pertence a Secretaria Municipal de Saúde de Balsa Nova. Do mesmo modo também estou ciente que este aparelho destina-se a meu uso pessoal, apenas na forma e segundo as indicações a mim fornecidas pela equipe desta Unidade de Saúde, não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros. Em caso de perda ou roubo, deverá ser elaborado e apresentado Boletim de Ocorrência. Comprometo-me a devolvê-lo caso deixe de usar insulina, mude para outra cidade ou para troca por aparelho novo, caso haja mudança de marca no fornecimento de tiras.

Balsa Nova, _____ de _____ de 20_____.

Nome e assinatura do paciente ou responsável