

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INSUMOS PARA DIABETES INSULINO DEPENDENTES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____ CNS: _____
CPF: _____ RG: _____
DATA DE NASC: ____ / ____ / ____ FONE/CONTATO: _____
ENDEREÇO: _____
CEP: _____ - BAIRRO _____ - NOVO HAMBURGO / RS.

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL:

NOME: _____ CPF: _____
FONE/CONTATO: _____ CEP: _____ -
ENDEREÇO: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

DIABETES MELLITUS: CID10: _____
() TIPO I
() TIPO II
() GESTACIONAL - IDADE GESTACIONAL EM SEMANAS:

AUTOMONITORAMENTO DIÁRIO

Nº DE MEDIÇÕES (TIRAS) / DIA: () 1 () 2 () 3 -

Máximo, de acordo com a Portaria Nº
2.583/GM/MS, de 10 de Outubro 2007
e Portaria Nº 74/SES/RS de 31 de
dezembro de 2002

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR:

NOME: _____
CREMERS: _____
() SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL () SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL
UNIDADE DE SAÚDE: _____
() SERVIÇO/CONSULTÓRIO PARTICULAR:

Assinatura e Carimbo do Médico Prescritor

Data

CESSÃO DE MEDIDOR DE GLICOSE ACCU-CHEK ACTIVE

Estou ciente de que:

- * O aparelho será fornecido em regime de COMODATO;
- * Em caso de FURTO ou ROUBO, devo elaborar um BOLETIM de OCORRÊNCIA (BO) e uma cópia (xerox) deverá ser entregue na Unidade de Saúde para reposição do aparelho;
- * Em caso de DEFEITO, o aparelho deverá ser devolvido na Unidade de Saúde com este documento relatando o defeito apresentado para a substituição.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Data

OUTROS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO :

- I) **CÓPIA** do RG, CPF, CARTÃO SUS e COMPROVANTE de RESIDÊNCIA com DECLARAÇÃO do Paciente, Responsável e do Titular do comprovante de residência.
- II) **ORIGINAIS**: RECEITA MÉDICA de TIRAS, DUAS (2) RECEITAS de INSULINA e Laudo médico com CID10.
- III) **CÓPIA** de EXAME de GLICEMIA em JEJUM ou DE HEMOGLOBINA GLICADA.
- IV) Se a retirada da insulina for **FORA** da Rede Pública (**Farmácia Popular**) anexar o comprovante da última retirada.

