



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE APARELHO DE HGT

UBS / Serviço: _____

Paciente (nome completo): _____

Classificação do Diabetes:

Tipo 1 (DM1)

Tipo 2 (DM2)

Gestacional (DMG)

Critério de Fornecimento:

Em uso de dois tipos de insulinas (marcar quais):

() NPH () Regular () Asparte/ Lispro/ Glulisina () Glargina/ Detemir () _____

médico assistente
(assinatura e carimbo)

_____/_____/_____
médico assistente
(data solicitação)

Gestante acompanhada em Serviço Especializado em Gestão de Alto Risco

médico assistente
(assinatura e carimbo)

_____/_____/_____
médico assistente
(data solicitação)

Serviço Especializado em Gestão de Alto Risco
(carimbo de identificação)

Documentação necessária:

- Formulário para Solicitação de Aparelho de HGT devidamente preenchido pelo médico
- Original e cópia: documento oficial de identificação com foto do paciente; CNS do paciente; documento oficial de identificação com foto do responsável (caso o paciente seja representado)
- Prescrição médica atualizada, emitida em atendimento SUS, dos testes diários (contendo a quantidade de testes a realizar por dia e os horários/momentos de realização de cada teste)
- Prescrição médica atualizada, emitida em atendimento SUS, das insulinas em uso (contendo a dose de cada aplicação e os horários/momentos de cada aplicação)

Critérios para fornecimento do aparelho de HGT, conforme Portaria nº 2.583, 10.out.2007:

- Portadores de DM1 ou DM2 em tratamento com 2 tipos de insulinas
- Portadoras de DMG, independente do tratamento, acompanhadas em Serviços Especializados em Gestação de Alto Risco

Locais de fornecimento:

- Farmácia Básica Municipal

Endereço: Rua Sinimbu, n  2.231, térreo – Bairro: Centro

Telefone: (54) 3901.1416

Atendimento ao público: das 7h30min às 17h. Nos dias de maior movimento, as senhas são distribuídas até as 16h.

- Farmácia Regional Cruzeiro – junto à UBS Cruzeiro

Endereço: Avenida Hércules, n  1917 – Bairro: Cruzeiro

Telefone: (54) 3901.1211

Atendimento ao público: de segunda a sexta-feira, das 8h30min às 12h30min e das 13h30min às 17h30min.

- Farmácia Regional Esplanada – junto à UBS Esplanada

Endereço: Avenida Bom Pastor, n  2.225 – Bairro: Esplanada

Telefone: (54) 3901.8943

Atendimento ao público: de segunda a sexta-feira, das 8h30min às 12h30min e das 13h30min às 17h30min.

- Farmácia Regional Fátima Alta – junto à UBS Fátima Alta

Endereço: Rua Isabel Pezzi, n  395 – Bairro: Nossa Senhora de Fátima

Telefone: (54) 3901.2295

Atendimento ao público: de segunda a sexta-feira, das 7h30min às 12h e das 13h às 16h. Nos dias de maior movimento, as senhas são distribuídas a partir das 15h.

Campo de preenchimento exclusivo da Farmácia:

[] Deferido [] Indeferido – Justificativa: _____

Avaliador: _____ Data: ____ / ____ / _____ Farmácia: _____