

INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA

100 UI/ML (TUBETES DE 3ML)

PORTARIA nº 1506 de 20/09/18 SAS (portaria na íntegra)

Informações

CIDs: E100, E102, E103, E104, E105, E106, E107, E108, E109

Idade mínima: 2 anos

Documentação Necessária

1º Solicitação

1. Formulário Médico para Fornecimento de insulina análoga de ação rápida ([para abrir o formulário Clique Aqui](#))
2. Prescrição de medicamento original, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (receita médica atualizada)
3. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica \(LME\)](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente. (Clique Aqui)
4. Termo de esclarecimento e responsabilidade assinado pelo médico prescritor e paciente ou responsável ([CLIQUE AQUI para abrir o termo](#))
5. Cópia da planilha de controle de glicemias capilares (automonitorização de glicemia capilar) realizada no último mês
6. Cópia dos exames de glicemia de jejum e hemoglobina glicada prévios à solicitação

Renovação

1. Formulário para manutenção do fornecimento de insulina análoga de ação rápida ([para abrir o formulário Clique Aqui](#))
2. Prescrição de medicamento original, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (Receita médica atualizada)
3. Cópia da planilha de controle de glicemias capilares (automonitorização de glicemia capilar) realizada no último mês