

Nota Técnica Serviço de Farmácia nº 224, de 06 de setembro de 2023.

Assunto: Dispensação de canetas e insumos para a administração de Insulina NPH e Regular nas Unidades Básicas de Saúde – Município de São Paulo

Destinatário:

- Equipe Médica;
- Equipe de Enfermagem;
- Equipe Farmacêutica.

A Nota Técnica nº 07, de novembro de 2021, da Secretária Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo, orienta quanto à dispensação das canetas de insulina NPH e Regular nas Unidades Básicas de Saúde.

Nos critérios para dispensação, conforme a Nota Técnica nº 169/2022-CGAFB/DAF/SCTIE/MS estão contemplados os pacientes com Diabetes Mellitus 1 e 2 na faixa etária menor ou igual a 19 anos ou maior ou igual a 45 anos (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/cbaf/medicamentos-e-insumos-adquiridos-pelo-ms/arquivos/nota-tecnica-no-169-2022>).

Quais são as etapas para o fornecimento da caneta de insulina para o paciente com prescrição de insulina?

1. O médico deverá elaborar uma receita com a insulina necessária, sem necessidade de incluir a apresentação (frasco ou caneta), conforme a Portaria SMS nº 82/2015, porém com a posologia e orientação necessária de uso.

2. O “Formulário para dispensação das canetas de insulina humana NPH e Regular” (Anexo I) deverá ser preenchido pelo médico, farmacêutico ou enfermeiro, disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Formulario_canetas_insulina_NPH_Regular_versao_novembro_2021.pdf (acesso em: 21 ago. 2023) e que só será necessária para a primeira dispensação.

Em relação aos insumos para utilização da caneta de insulina ou administração via o frasco, segue a Lei Federal 11.347/06 - Portaria Ministério da Saúde 2.583/07, necessário o médico prescritor (exclusivo da equipe médica) preencher, em duas vias, o “Formulário de solicitação de insumos” (Anexo II), disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/FormularioSolicitacaoAMG_2020.pdf. A renovação do documento é a cada 3 meses. Para período maior, médico deve justificar o atendimento por período superior no próprio formulário.

ELABORADO POR: Andressa Fernandes, Mariana Galante Data: 04/09/2023 Serviço de Farmácia	VERIFICADO POR: Andrea Bori Data: 04/09/2023 Serviço de Farmácia	APROVADO POR: Ana Lúcia Camargo Data: Serviço de Farmácia
--	--	---

Em caso de dúvidas, solicitamos que entre em contato com a equipe de Farmacêuticos Clínicos:

Central de Dispensação de Medicamentos (CDM)		Dra. Caroline Santos	2427
7º andar	Farmácia Clínica	Dra. Andrea Bori Dra. Mariana Cappelletti Galante	5709
Assistência Farmacêutica Clínica		Dra. Julia Sumie Nakaima Fugita Dr. Pedro Castelo Dra. Regina Matchura Dra. Tázia Lopes de Castro	5709

ELABORADO POR: Andressa Fernandes, Mariana Galante Data: 04/09/2023 Serviço de Farmácia	VERIFICADO POR: Andrea Bori Data: 04/09/2023 Serviço de Farmácia	APROVADO POR: Ana Lúcia Camargo Data: Serviço de Farmácia
--	--	---

Anexo I – Formulário para a dispensação de canetas de insulina humana NPH e Regular
(preenchimento pelo enfermeiro, farmacêutico ou médico)

 	PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE FORMULÁRIO para dispensação de canetas de insulina humana NPH e Regular NOTA TÉCNICA Nº 07 ATAF/CAB/SEABVS/SMS.G
Critérios para dispensação:	
1) Consideram-se os critérios estabelecidos na Nota Técnica Nº 84/2021-CGAFB/DAF/SCIE/MS, de 03 de março de 2021, as canetas para aplicação de insulina humana NPH e Regular e a discricionariedade dos estados e municípios, mencionada no item 6.2 da referida Nota Técnica. 2) A prescrição e dispensação deverão obedecer às disposições da Portaria SMS.G nº 82/2015 a respeito da prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das Unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) sob gestão municipal. 3) Este formulário poderá ser preenchido pelo médico ou enfermeiro ou farmacêutico e deverá ser apresentado na farmácia da Unidade de Saúde para a retirada do medicamento, juntamente com a prescrição médica.	
Da necessidade do preenchimento deste formulário Este formulário foi elaborado de forma estratificada por faixa etária e seu preenchimento faz-se necessário, pois, permitirá o levantamento de dados epidemiológicos, dados específicos de dispensação e ateste de orientações fornecidas ao paciente quanto ao manejo das canetas.	
Identificação do Paciente	
Nome do Paciente: _____ CNS: Gênero: M () F () Data de Nascimento: ____/____/____	
O(a) paciente apresenta	
1. () Diabetes Mellitus Tipo 1, independente da faixa etária; 2. () Diabetes Mellitus Tipo 2, na faixa etária menor ou igual a 19 anos; 3. () Diabetes Mellitus Tipo 2, na faixa etária de 20 a 49 anos; 4. () Diabetes Mellitus Tipo 2, na faixa etária maior ou igual a 50 anos.	
Declaração e identificação do profissional (Médico ou farmacêutico ou enfermeiro)	
Certifico que o paciente e/ou responsável está ciente e orientado quanto ao manejo do produto, sua conservação, técnica de administração, o descarte e retorno para avaliação do desempenho no manejo da caneta. Nome: _____ Nº do Conselho de Classe: _____ Data: _____ Assinatura: _____	
Das condições e competências para a utilização do formulário	
O médico deverá preencher este formulário para prescrever as canetas de insulina ou substituir a apresentação frascos pela apresentação canetas. O enfermeiro ou farmacêutico deverão preencher este formulário somente para substituir a apresentação frascos pela apresentação canetas, mediante prescrição médica com indicação do uso de insulina.	

ELABORADO POR: Andressa Fernandes, Mariana Galante Data: 04/09/2023 Serviço de Farmácia	VERIFICADO POR: Andrea Bori Data: 04/09/2023 Serviço de Farmácia	APROVADO POR: Ana Lúcia Camargo Data: Serviço de Farmácia
--	--	---

Anexo II – Formulário de solicitação de insumos – Diabetes insulino dependentes

**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

Secretaria Municipal da Saúde
AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO (AMG)

SUS

Sistema Único de Saúde

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO (AMG)
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INSUMOS – DIABETES INSULINO DEPENDENTES
 (LEI FEDERAL 11.347/06 - PORTARIA MINISTÉRIO DA SAÚDE 2.583/07)

A avaliação e retorno médico recomendados para portadores de Diabetes Mellitus Insulino dependentes 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.**

Solicitações superiores a este período são de total responsabilidade e avaliação do prescritor médico e devem estar obrigatoriamente justificadas na solicitação: _____.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____

CNS: _____ DATA DE NASC: ____/____/____

PRONTUÁRIO: _____ FONE/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 DESCARTAVEL 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 DESCARTAVEL PARA INSULINA (100 UI COM AGULHA FIXA DE 8,0 MM X 0,30 MM)

– Quantidade: _____

() RECIPIENTE PARA PÉRFURO CORTANTE (3 LITROS) – 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, ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR MÉDICO

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO PELO PRESCRITOR/MÉDICO EM 02 VIAS
01 VIA – PACIENTE
01 VIA – UNIDADE DE SAÚDE
PROGRAMA AMG - SMS SP - 2012

ELABORADO POR: Andressa Fernandes, Mariana Galante Data: 04/09/2023 Serviço de Farmácia	VERIFICADO POR: Andrea Bori Data: 04/09/2023 Serviço de Farmácia	APROVADO POR: Ana Lúcia Camargo Data: Serviço de Farmácia
--	--	---