



**CIDADE DE
CARAPICUÍBA**

Secretaria Municipal de Saúde

**Programa de Automonitoramento Glicêmico para pacientes com Diabetes *Mellitus* da Rede
Municipal de Saúde de Carapicuíba**

- PAGLI -

SUMÁRIO

| | |
|--|----------|
| 1) CRITÉRIOS PARA O RECEBIMENTO DE INSUMOS (AUTOMONITORAMENTO) (APARELHOS, LANCETAS E FITAS REAGENTES)..... | 4 |
| 2) DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA | 4 |
| 2.1) RECEITAS MÉDICAS DE ENTIDADES PRIVADAS OU PARTICULARES | 4 |
| 3) RESPONSABILIDADES..... | 4 |
| 4) CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO DE RECEBIMENTO DE INSUMOS..... | 6 |
| 5) TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES JÁ CADASTRADOS NO PROGRAMA | 6 |
| 6) CASOS EXCEPCIONAIS - DIABETES MELLITUS GESTACIONAL..... | 7 |
| 7) ANEXOS..... | 9 |

INTRODUÇÃO

Este protocolo foi elaborado pela Coordenação Farmacêutica do município de Carapicuíba com o objetivo de estabelecer normas e critérios para o fornecimento de insumos para o automonitoramento glicêmico domiciliar à todos os portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), tipo 2 (DM2) e diabetes gestacional (DMG) insulino-dependentes residentes no município de Carapicuíba.

1) CRITÉRIOS PARA O RECEBIMENTO DE INSUMOS (AUTOMONITORAMENTO) (Aparelhos, Lancetas e Seringas):

- Ser portador de **DM1**, **DM2** ou **DMG** em tratamento com insulinas;
- Ser morador do município de Carapicuíba/SP;
- A primeira entrega do Kit só poderá ser realizada após a participação do paciente com grupo orientativo;

2) DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

- Formulário de solicitação de insumos padronizado pelo Município de Carapicuíba com todos os campos devidamente preenchidos pelo médico;
- Cópia do receituário médico do SUS contendo a prescrição de insulina;
- Cópia do RG, CNH (ou outro documento oficial de identificação);
- Cópia do Cartão Nacional do SUS;
- Comprovante de endereço (Água, luz, telefone) atualizado ou, na falta deste, declaração de endereço padronizado com firma reconhecida em cartório (vide **Anexo 2**).

ADENDO: Na impossibilidade do Reconhecimento de Firma pelo paciente, para fins de comprovação de endereço do mesmo, o Agente de Saúde da Unidade de origem, deverá realizar uma visita domiciliar para constatar as informações contidas na Declaração de Residência. O Agente de Saúde visitador deverá datar e assinar este documento. Caso seja constatado endereço falso ou divergente, o paciente será automaticamente excluído do programa.

2.1) RECEITAS MÉDICAS DE ENTIDADES PRIVADAS OU PARTICULARES

Nos casos de Receituários médicos provenientes de clínicas ou consultórios particulares, para retirada de insumos, deve-se solicitar ao médico o preenchimento do formulário Padrão do Município (vide **Anexo 1**) para inclusão do paciente ao Programa de Auto Cuidado Glicêmico – **PAGLI**

3) RESPONSABILIDADES

Farmácia – “com” a presença do Farmacêutico:

- Orientar, receber e analisar toda documentação do paciente;

- Realizar pedidos semanais e dispensação de insumos ao paciente, mediante o formulário, suficiente para o período de 30 dias e pedir para o paciente assinar o Termo de Consentimento Informado (vide **Anexo 3**);
- Digitar diariamente em planilha, previamente elaborada, toda a movimentação de insumos – entradas e saídas (dispensações);
- No ultimo dia de cada mês, enviar para o e-mail da Coordenação Farmacêutica: assistenciafarmaceutica@carapicuiiba.sp.gov.br todas as movimentações de insumos: entradas, saídas e estoque atual (**Anexo 5**).

Farmácia – “sem” a presença do Farmacêutico:

✓ **Pacientes novos:**

ATENDENTE DE FARMÁCIA:

- Receber e enviar toda documentação do paciente para a **Coordenação Farmacêutica** (Secretaria de Saúde) – **VIA MALOTE**, para avaliação e autorização.

NOTA: Após a avaliação, o Coordenador Farmacêutico devolverá os processos APROVADOS ou NÃO para as Unidades de Origem.

- Realizar pedidos semanais e dispensação de insumos ao paciente, mediante o formulário, suficiente para o período de 30 dias e pedir para o paciente assinar o Termo de Consentimento Informado (vide **Anexo 3**);
- Digitar diariamente em planilha, previamente elaborada, toda a movimentação de insumos – entradas e saídas (dispensações);

✓ **Pacientes já cadastrados:**

- Realizar a dispensação dos insumos mediante o Formulário autorizado suficiente para 30 dias;
- Digitar diariamente em planilha, previamente elaborada, toda a movimentação de insumos – entradas e saídas (dispensações);
- No ultimo dia de cada mês, enviar para o e-mail da Coordenação Farmacêutica: assistenciafarmaceutica@carapicuiiba.sp.gov.br todas as movimentações de insumos: entradas, saídas e estoque atual (**Anexo 5**).

NOTA 1:

A Farmácia de cada Unidade deverá ter em suas dependências um arquivo que conterá todos os processos dos pacientes insulino-dependentes, os quais deverão ser **RENOVADOS** a cada 6 (seis) meses. A qualquer momento a Secretaria de Saúde poderá solicitar informações sobre os pacientes e os insumos do Programa PAGLI.

Enfermagem:

- Acolhimento dos pacientes, orientação e dúvidas quanto ao uso correto do Aparelho Glicosímetro.
- Realização de dextros;
- Apresentação de Palestras visando esclarecimentos sobre a doença para melhoria da qualidade de vida do paciente.

4) CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO DE RECEBIMENTO DE INSUMOS.

- Falsidade ideológica;
- Ausência de acompanhamento e da retirada dos insumos por 3 (três) meses consecutivos;
- Falecimento ou mudança de município;
- Término da gestação;

NOTA 2:

NOS CASOS DE ROUBO OU FURTO: Para aquisição de um novo Aparelho, o paciente deverá apresentar um Boletim de Ocorrência que será arquivado juntamente ao seu processo. Em casos de queda ou uso indevido do Aparelho a responsabilidade ficará por conta do paciente ou responsável legal.

DEFEITO DE FABRICAÇÃO: Constatado o defeito de fábrica do Aparelho Glicosímetro, deve-se realizar a troca por um novo aparelho (mediante saldo em estoque). O Aparelho defeituoso deverá ser encaminhado ao Almoxarifado Central por meio de CI com a descrição do problema.

MUDANÇA DE MODELO: Caso haja a inserção de novos modelos de Aparelhos Glicosímetros por motivos licitatórios, a entrega somente será realizada mediante a devolução do aparelho anterior.




5) TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES JÁ CADASTRADOS NO PROGRAMA:

A transferência de pacientes já cadastrados no Programa de Automonitoramento Glicêmico - PAGLI, deverá ser realizada diretamente entre as **UNIDADES DE SAÚDE**, onde a unidade em que o paciente está cadastrado deverá encaminhar todo o processo juntamente com uma CI (Comunicação Interna) à unidade de destino **informando a transferência** e que o mesmo não precisará dar entrada em um novo processo de solicitação, deste modo o paciente dará continuidade na retirada de seus insumos (**Fitas, Seringas e Lancetas**).

6) CASOS EXCEPCIONAIS - DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Nos casos de **Diabetes Mellitus Gestacional**, a Coordenação ou Enfermeiro da Unidade de Saúde poderá solicitar os insumos após a aprovação de toda a documentação. Portando, para estes casos **NÃO SERÁ NECESSÁRIO** o envio dos documentos para aprovação à Secretaria Municipal de Saúde.

OBS: Para todos os casos, os processos deverão ser arquivados para comprovação de movimentações de insumos feitos a cada paciente insulino-dependente.

| ELABORAÇÃO | REVISÃO | VALIDAÇÃO | APROVAÇÃO |
|---|---|---|--|
|  Flávio M. Marques Coordenador Farmacêutico CRF 52.536 |  Leila Yumi Uehara Farmacêutica CRF-SP 75291 | Edvaldo da Silva CRF 61520 Farmacêutico |  Adriana da S. Santos Diretora de Atenção Primária a Saúde Enfermeira - COREN-SP 423880 |
| Flávio M. Marques (Coordenador da Assistência Farmacêutica) Data: 14/10/2021 | Leila Yumi Uehara (Farmacêutico R.T Almoxarifado) Data: 14/10/2021 | Edvaldo da Silva (Farmacêutico R.T Caps AD) Data: 14/10/2021 | Adriana da S. Santos (Diretora Atenção Primária) Data: 14/10/2021 |



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

A avaliação e retorno médico recomendados para portadores de DM Insulinodependentes que necessitam de Automonitoramento Glicêmico é a cada 06 meses; pois são pacientes estratificados como de Alto Risco. **Portanto, esta Solicitação tem validade de 06 meses.**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

UBS DE ORIGEM: _____
 NOME: _____
 CNS: _____ DATA DE NASC: ____/____/_____
 PRONTUÁRIO: _____ FONE/CONTATO: _____
 ENDEREÇO: _____ Nº _____
 COMPLEMENTO _____
 CEP: _____ BAIRRO _____ - CARAPICUÍBA - SP.
 ANO DE DIAGNÓSTICO: _____
 DIABETES MELLITUS: () TIPO I () TIPO II () GESTACIONAL
 INSULINA: () NPH () REGULAR () OUTRAS – ESPECIFICAR: _____
 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 DEVEZES/DIA () 1 () 2 () 3 () **+3 JUSTIFICAR** _____

INSUMOS PARA 30 DIAS:

() TIRAS REAGENTES PARA DOSAGEM DE GLICEMIA CAPILAR **Quantidade:** _____ unidade
 () LANCETAS PARA PUNÇÃO DIGITAL **Quantidade:** _____ unidade
 () SERINGA DESCARTAVEL PARA INSULINA **Quantidade:** _____ unidade
 () RECIPIENTE PARA PÉRFURO CORTANTE (3 LITROS) **Quantidade:** _____ unidade

* **Observação importante:** o quantitativo de Recipiente será calculado de acordo com o total de material entregue/mês

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR:

MÉDICO: _____ **CRM:** _____ **ESPECIALIDADE:** _____
 () SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL () SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL () CONVÊNIO/PARTICULAR

CARAPICUÍBA, ____/____/_____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR MÉDICO

ANEXO 2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____ portador (a) do RG nº _____ expedido em _____ pelo _____ inscrito (a) no CPF/MF sob o nº _____ DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado na Rua/Av _____ nº _____

Complemento _____, BAIRRO _____

CEP _____ na cidade de _____ Estado _____ Conforme cópia de comprovante anexo.

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, in verbis:

“Art. 299 — Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.”

Carapicuíba _____ de _____ de _____

ANEXO 3

Pacientes Novos/Aparelhos Novos

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, concordo de livre e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo toda a responsabilidade ao uso correto do glicosímetro e/ou insumos.

Estou ciente que:

- Este aparelho é de uso pessoal e intransferível e que sou responsável por sua manutenção e higiene e também pela troca de bateria, quando necessário;
- Devo retirar os insumos mensalmente na unidade de saúde em que fui cadastrado, **não sendo acumulativo a retirada dos mesmos.**
- Serei excluído do Programa se: **não comparecer por mais de três meses consecutivos** para retirar os insumos, fazer mal uso ou desuso dos mesmos; apresentar falsidade ideológica ou não apresentar os documentos solicitados.
- Comprometo-me a devolvê-lo em bom estado, caso o tratamento seja interrompido ou mudança do modelo por motivos licitatórios.
- Em caso de perda ou dano ao glicosímetro, o conserto ou a aquisição de novo aparelho será de minha responsabilidade. Declaro-me a fornecer o Boletim de Ocorrência (BO) em casos de furto ou roubo.
- Declaro ter sido informado sobre todas as explicações aqui descritas neste Formulário para o uso correto dos insumos para automonitoramento glicêmico.

Recebi o aparelho da marca _____ de nº de série: _____

Assinatura do paciente beneficiário

Assinatura do profissional orientador

Data: __/__/____ **UNIDADE:** _____

Este termo deve ser preenchido em duas vias. Uma via deve ser entregue ao paciente e uma via ser arquivada junto ao "Formulário de solicitação de Insumos para Diabéticos em insulino terapia"

ANEXO 4

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE APARELHO

Eu, _____ abaixo identificado (a), concordo de espontânea vontade em devolver o aparelho de glicosímetro sob minha responsabilidade (marca _____ e n° de série _____) pois estou ciente sobre os critérios de uso e manutenção, bem como sobre as condições para devolução:

- () substituição / troca de aparelho;
- () uso indevido ou ausência de acompanhamento por três meses consecutivos;
- () Falecimento ou mudança (informação prestada pelo portador ou familiar);
- () Final da gestação;
- () Interrupção do tratamento.

1) Identificação do usuário:

Nome: _____ **UNIDADE:** _____

Data de nascimento: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Assinado do paciente: _____

2) Identificação do profissional (Unidade):

Nome do profissional: _____

Cargo/Função: _____

Assinatura do profissional: _____

Carapicuíba, _____/_____/_____

ANEXO 5

| 14.15. | PROGRAMA INSULINO DEPENDENTE | Referência | JAN | FEV | MAR | ABRIL | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | MÉDIA | TOTAL |
|--------------|---|------------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----|-----|-----|-------|--------|
| 14.15.1. | Unidade Básica de Saúde XXX | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14.15.1.1. | Tiras de reagentes | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14.15.1.1.1. | Saldo anterior | N | 250 | 6.300 | 0 | 0 | 0 | 5.950 | 11.900 | 0 | 16.600 | | | | 4.556 | 41.000 |
| 14.15.1.1.2. | Entradas | N | 6.600 | 4.000 | 6.000 | 0 | 10.000 | 10.000 | 0 | 25.000 | 4.600 | | | | 7.356 | 66.200 |
| 14.15.1.1.3. | Saídas | N | 6.550 | 10.300 | 6.000 | 0 | 4.050 | 4.050 | 11.900 | 8.400 | 17.400 | | | | 7.628 | 68.650 |
| 14.15.1.1.4. | Saldo atual | N | 300 | 0 | 0 | 0 | 5.950 | 11.900 | 0 | 16.600 | 3.800 | | | | 4.283 | 38.550 |
| 14.15.1.2. | Seringas | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14.15.1.2.1. | Saldo anterior | N | 4.645 | 9.100 | 4.100 | 0 | 0 | 3.630 | 5.120 | 4.000 | 5.400 | | | | 3.999 | 35.995 |
| 14.15.1.2.2. | Entradas | N | 6.100 | 0 | 0 | 0 | 5.000 | 6.000 | 0 | 8.000 | 5.000 | | | | 3.344 | 30.100 |
| 14.15.1.2.3. | Saídas | N | 6.300 | 5.000 | 4.100 | 0 | 1.370 | 4.510 | 1.120 | 6.600 | 7.400 | | | | 4.044 | 36.400 |
| 14.15.1.2.4. | Saldo atual | N | 4.175 | 4.100 | 0 | 0 | 3.630 | 5.120 | 4.000 | 5.400 | 3.000 | | | | 3.269 | 29.425 |
| 14.15.1.3. | Lancetas | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14.15.1.3.1. | Saldo anterior | N | 4.700 | 0 | 0 | 0 | 7.500 | 5.100 | 3.250 | 5.460 | 7.400 | | | | 3.712 | 33.410 |
| 14.15.1.3.2. | Entradas | N | 3.200 | 0 | 0 | 10.000 | 0 | 5.000 | 5.000 | 10.000 | 5.000 | | | | 4.244 | 38.200 |
| 14.15.1.3.3. | Saídas | N | 6.200 | 0 | 0 | 2.500 | 2.400 | 6.850 | 2.790 | 8.060 | 7.900 | | | | 4.078 | 36.700 |
| 14.15.1.3.4. | Saldo atual | N | 1.700 | 0 | 0 | 7.500 | 5.100 | 3.250 | 5.460 | 7.400 | 4.500 | | | | 3.879 | 34.910 |
| 14.15.1.4. | Aparelho | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14.15.1.4.1. | Saldo anterior | N | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 63 | 84 | 9 | 21 | | | | 21 | 189 |
| 14.15.1.4.2. | Entradas | N | 0 | 10 | 4 | 0 | 100 | 100 | 0 | 50 | 53 | | | | 35 | 317 |
| 14.15.1.4.3. | Saídas | N | 0 | 10 | 4 | 0 | 37 | 79 | 75 | 38 | 74 | | | | 35 | 317 |
| 14.15.1.4.4. | Saldo atual | N | 12 | 0 | 0 | 0 | 63 | 84 | 9 | 21 | 0 | | | | 21 | 189 |
| 14.15.1.5. | Número total de insulinos dependentes - PAGLI | N | 127 | 197 | 201 | 201 | 218 | 237 | 237 | 279 | 280 | | | | 220 | 1.977 |
| 14.15.1.6. | Número total de cadastros novos | N | 0 | 10 | 4 | 0 | 17 | 19 | 0 | 2 | 4 | | | | 6 | 56 |

ANEXO 6:

FLUXOGRAMA PROGRAMA AUTO CUIDADO GLICÊMICO - PAGLI

