

INSULINA ASPARTE

Diabetes Mellitus Tipo I

Portaria Conjunta nº 17, de 12 de novembro de 2019 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 100 U/mL (Tubetes de 3 mL)

CIDs contemplados: E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 13 unidades

Agulhas para caneta aplicadora: 31

- Para faturamento (SIGTAP): 13 unidades

Grupo de financiamento: 1 A - Aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde

Observações: Conservar em temperatura de 2°C a 8°C.

1ª Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico endocrinologista responsável pelo atendimento ao paciente.

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico endocrinologista responsável pelo atendimento ao paciente.

ATENÇÃO: A prescrição médica deve conter a DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA do medicamento (INSULINA ASPARTE 100 UI/ML) atendendo a legislação vigente, tanto para casos novos quanto para demandas em atendimento.

3. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Documento de identidade e CPF;

INSULINA ASPARTE – DIABETES MELLITUS TIPO I (Atualizado em 11/10/2022)

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
- [Relatório médico específico para Diabetes Mellitus Tipo I – modelo padrão SES/SP.](#)
5. ATENÇÃO: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

Renovação da Continuidade

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico assistente do paciente, não sendo obrigatório ser médico endocrinologista (semestralmente).
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico assistente do paciente, não sendo obrigatório ser médico endocrinologista (semestralmente).

3. Cópia dos documentos pessoais do paciente;
Comprovante de residência com CEP.

4. Cópia dos exames:

Mensalmente:

- Diário de Automonitorização Glicêmica – AMG ([Sugestão de Modelo](#))

Semestralmente:

- Dosagem de HbA1C

A critério do médico prescritor:

- Exame de fundo de olho;
- Exame de albuminúria;
- Dosagem de creatina em amostra de urina;
- Dosagem de creatina sérica.

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

I – [Declaração autorizadora](#);

II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade e comprovante de endereço com CEP;

II – Número de telefone do representante.