

**PORTARIA Nº 2.045/2025**

*Republicação DOM 7416, de 13 de outubro de 2025*

**DISPÕE SOBRE A HOMOLOGAÇÃO DA  
RESOLUÇÃO 0722, DO CONSELHO  
MUNICIPAL DE SAÚDE DE CACHOEIRO DE  
ITAPEMIRIM.**

A **SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE** DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, no uso de suas atribuições legais, delegadas através do Decreto nº 15.656/2005 e Decreto nº 34.940/2025, tendo em vista o que consta no processo nº **80721/2025**,

**RESOLVE:**

**Art 1º** Homologar a **Resolução nº 0722**, datada de 24 de setembro de 2025, exarada pelo Conselho Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim, que trata do Protocolo de Automonitoramento da Glicemia Capilar no município de Cachoeiro de Itapemirim/ES, conforme anexo I desta Resolução.

**Art 2º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a *Portaria nº 2.023/2025*.

Cachoeiro de Itapemirim, ES, 10 de outubro de 2025.

**RENATA SABRA BAIÃO FIÓRIO NASCIMENTO**  
**Secretária Municipal de Saúde**

## **RESOLUÇÃO CMS Nº 0722, DE 24 DE SETEMBRO DE 2025.**

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde, no uso de suas competências regimentais e atribuições legais conferidas pelas Leis Federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142 de 28 de dezembro 1990, e Lei Municipal nº 6.704 de 10 de dezembro de 2012, em decisão aprovada na 265ª Reunião Ordinária do dia 24 de setembro de 2025.

Considerando-se que o plenário do Conselho Municipal de Saúde – CMS – deliberou por meio da Resolução nº 0100/2017, sobre a análise de Contratos e Convênios celebrados pela Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS, com apreciação e aprovação prévia pelo CMS, visando à melhoria do controle e aprimoramento do aparelho de fiscalização do acompanhamento do controle social no Município de Cachoeiro de Itapemirim/ES;

Considerando-se que o debate no âmbito do Conselho Municipal de Saúde em conformidade com as deliberações do Plano Municipal de Saúde, e do Plano de Regionalização da Saúde no Município de Cachoeiro de Itapemirim/ES;

Considerando-se que o processo de implementação e concretização do Plano Municipal de Saúde 2022-2025, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e que efetiva o fortalecimento das ações de saúde, dando ênfase ao próprio Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando-se que o Pleno do Conselho Municipal de Saúde analisou a solicitação da Secretaria Municipal de Saúde, requerendo a apreciação de protocolo de automonitoramento da glicemia capilar, no município de Cachoeiro de Itapemirim/ES.

### **RESOLVE:**

**Art. 1º** Aprovar, por meio da **Resolução CMS nº 0722/2025**, o Protocolo de automonitoramento da glicemia capilar no município de Cachoeiro de Itapemirim/ES, conforme anexo I desta Resolução.

**Art. 2º** O objetivo do protocolo é padronizar os critérios de acesso às tiras reagentes de glicemia capilar, definir a periodicidade recomendada para o seu automonitoramento, garantindo segurança, efetividade e equidade no acesso ao cuidado das pessoas com diabetes mellitus, conforme diretrizes do Ministério da Saúde e do Plano Municipal de Saúde.

**Art. 3º** O público-alvo são pessoas com diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2 e outras condições clínicas que justifiquem o automonitoramento da glicemia capilar, conforme critérios definidos neste protocolo.

**Art. 4º** Fica aprovada a indicação dos conselheiros Lia de Freitas Lima, Darcy Viqueti Fassarela e Márcio Toledo Vieira, como fiscais representantes do Conselho Municipal de Saúde para acompanhamento da gestão deste Protocolo.

Cachoeiro de Itapemirim/ES, 24 de setembro de 2025.

**Valdir Rodrigues Franco**

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Confirmo a Resolução CMS nº 0722/2025, 25 de setembro de 2025, assumindo a responsabilidade pelo que nela está contida, inclusive quando da necessária prestação de contas, razão porque SOLICITO sua HOMOLOGAÇÃO, mesmo com ressalvas.

**Renata Sabra Baião Fiório Nascimento**

Secretária Municipal de Saúde

Resolução CMS nº 0722/2025 homologada através do Decreto nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.



**PREFEITURA DE  
CACHOEIRO**

# **PROTOCOLO DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR (AMGC)**

**Cachoeiro de Itapemirim/ES**

**2025**



**PREFEITURA DE  
CACHOEIRO**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**

Theodorico de Assis Ferraço – Prefeito

José Carlos Corrêa Cardoso Júnior - Vice-prefeito

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Renata Sabra Baião Fiorio Nascimento – Secretária

**SUBSECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Luciara Botelho Moraes Jorge - Subsecretária

**GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

Sherla Cricco de Oliveira – Gerente

Anderson Barros Archanjo - Farmacêutico

**ELABORAÇÃO**

Comissão de Farmácia e Terapêutica – Portaria 1.278/2025



## **SUMÁRIO**

|                                                                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <u>1. INTRODUÇÃO.....</u>                                                                                         | <u>4</u>  |
| <u>1.1 Tipos de Diabetes.....</u>                                                                                 | <u>4</u>  |
| <u>1.2 Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC).....</u>                                                      | <u>4</u>  |
| <u>2. OBJETIVOS.....</u>                                                                                          | <u>5</u>  |
| <u>3. PÚBLICO-ALVO.....</u>                                                                                       | <u>5</u>  |
| <u>4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE PACIENTES NO PROTOCOLO MUNICIPAL DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR.....</u> | <u>5</u>  |
| <u>4.1 Procedimentos para inclusão e manutenção no Protocolo de AMGC.....</u>                                     | <u>6</u>  |
| <u>5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE PACIENTES NO PROTOCOLO MUNICIPAL DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR.....</u> | <u>7</u>  |
| <u>6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS.....</u>                                                                             | <u>7</u>  |
| <u>7. ITENS DISPENSADOS.....</u>                                                                                  | <u>7</u>  |
| <u>8. FREQUÊNCIA DOS TESTES NO AUTOMONITORAMENTO.....</u>                                                         | <u>7</u>  |
| <u>9. RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE.....</u>                                                                | <u>9</u>  |
| <u>10. LOCAL E FLUXO DE ENTREGA.....</u>                                                                          | <u>9</u>  |
| <u>11. INDICADORES PARA MONITORAMENTO.....</u>                                                                    | <u>9</u>  |
| <u>12. DISPOSIÇÕES FINAIS.....</u>                                                                                | <u>9</u>  |
| <u>13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u>                                                                        | <u>10</u> |
| <u>ANEXO I.....</u>                                                                                               | <u>11</u> |
| <u>ANEXO II.....</u>                                                                                              | <u>12</u> |



## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Tipos de Diabetes**

O diabetes mellitus (DM) compreende um grupo de distúrbios metabólicos que se caracteriza por hiperglicemia causada por defeito na ação e/ou secreção da insulina, que leva a alterações no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas, determinando, ao longo do tempo, o comprometimento da função e estrutura vascular de diferentes órgãos. Atualmente a classificação do diabetes se dá pela etiologia, e não pelo tipo de tratamento, como acontecia anteriormente.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) se divide em quatro classes clínicas, Diabetes mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de Diabetes mellitus e Diabetes mellitus gestacional (DMG), além da glicemia de jejum alterada (GJA) e tolerância diminuída à glicose (TDG), ambas condições conhecidas atualmente como pré-diabetes e consideradas fatores de risco para o DM e doenças cardiovasculares.

### **1.2 Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC)**

O automonitoramento do nível de glicose do sangue por intermédio da medida da glicemia capilar é considerado uma ferramenta importante para seu controle, sendo parte integrante do autocuidado das pessoas com diabetes mellitus insulínodpendentes, aí compreendidos os portadores de diabetes mellitus tipo 1 (DM-1), diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) que usam insulina e diabetes gestacional (DG).

O automonitoramento da glicemia capilar não deve ser considerado como uma intervenção isolada, sua necessidade e finalidade devem ser avaliadas pela equipe de saúde de acordo com o plano terapêutico global, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos. Deve estar integrado ao processo terapêutico e, sobretudo, ao desenvolvimento da autonomia do portador para o autocuidado por intermédio da Educação em Saúde, pelo Programa Hiperdia.



O objetivo geral do AMGC é ajuste de dose para usuários de insulinas, assim como sinalização de hipoglicemia, o relatório glicêmico serve para o médico direcionar o tratamento, não tendo como objetivo principal o acompanhamento da doença, esse se faz com exames laboratoriais.

Com relação a frequência de testes por dia a portaria nº2583/2007 diz que: “A frequência diária média recomendada deve ser três a quatro vezes ao dia. Os pacientes com DM1 e os que usam múltiplas injeções diárias de insulina podem fazer a glicemia de “ponta de dedo” 3 a 4 vezes ao dia e em horários de ocorrência de maior descontrole glicêmico permitindo ajustes individualizados da insulina; essas medidas incluem uma em jejum (pré pandial), duas medidas 2 horas após as refeições (pós-prandial) e ao deitar. O teste à noite é importante para a prevenção de hipoglicemias noturnas.”

Não há evidências científicas suficientes que demonstram que o automonitoramento rotineiro da glicemia capilar para portadores de DM-2 com tratamento terapêutico de apenas hipoglicemiantes orais seja custo efetivo para o melhor controle da glicemia. Nesses casos, a glicemia capilar ao acaso pode ser realizada nas unidades de saúde no momento de retirada dos medicamentos utilizados para o tratamento da diabetes mellitus tipo 2.

## **2. OBJETIVOS**

- Padronizar os critérios de acesso aos insumos necessários para o automonitoramento da glicemia capilar.
- Definir a periodicidade recomendada para o automonitoramento.
- Apoiar o seguimento clínico dos usuários com diabetes atendidos na Rede Municipal de Saúde.

## **3. PÚBLICO-ALVO**

Pessoas com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2 insulín dependentes, atendidas na Rede SUS Cachoeiro de Itapemirim, incluindo gestantes diabéticas e pessoas com outras condições clínicas que justifiquem o automonitoramento da glicemia capilar conforme critérios definidos neste protocolo.



#### **4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE PACIENTES NO PROTOCOLO MUNICIPAL DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR**

Poderá ser incluído no Protocolo Municipal de AMGC o paciente que:

- Seja morador de Cachoeiro de Itapemirim-ES;
- Seja portador de diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) em uso de insulina ou diabetes gestacional (DG);
- Seja paciente acamado e/ou domiciliado, por doenças crônicas, com DM2 com risco de hipoglicemia e uso de hipoglicemiantes orais;

##### **4.1 Procedimentos para inclusão e manutenção no Protocolo de AMGC**

Concluído o diagnóstico de diabetes mellitus com indicação do uso de insulina e automonitoramento da glicemia capilar, em conformidade com os protocolos vigentes, o médico deverá dar início ao preenchimento do Formulário de Inclusão no Protocolo de Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC), conforme Anexo I, por meio do qual será identificado o paciente, atestado o diagnóstico e solicitada a inclusão do mesmo no Protocolo de AMGC.

Em seguida, o Formulário deverá ser encaminhado ao enfermeiro, que dará ciência e promoverá as devidas anotações com vistas a inclusão do paciente no Protocolo de AMGC, contemplando a elaboração do plano de cuidado e acompanhamento do paciente pela equipe de saúde.

Por fim, o Formulário deverá ser encaminhado ao farmacêutico, que dará ciência e promoverá as devidas anotações com vistas a promover a dispensação dos insumos necessários para a aplicação de insulina e para o automonitoramento da glicemia.

Concluído tal procedimento, o Formulário de Inclusão no Protocolo de Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC) deverá ser arquivado. Cabe destacar que o Formulário tem como objetivo atestar o diagnóstico do paciente e procedimentos iniciais para inclusão do mesmo no Protocolo de AMGC, no entanto, o plano de cuidado do paciente e a prescrição dos insumos deverá ser atualizada a cada visita do paciente à Unidade de Saúde.



Para a manutenção/permanência no Protocolo de AMGC, o paciente deverá comparecer às consultas agendadas conforme protocolo vigente, participar das atividades individuais e em grupo estabelecidas pela equipe de saúde e apresentar o formulário para registro do AMGC a cada visita à Unidade de Saúde.

## **5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE PACIENTES NO PROTOCOLO MUNICIPAL DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR**

Será excluído do Protocolo de AMGC o paciente que:

- Deixar de residir no município de Cachoeiro de Itapemirim;
- Qualquer paciente que não se enquadre nos de inclusão citados acima;
- Fim gestação sem necessidade de manutenção do automonitoramento da glicemia;
- Falecimento;
- Se constatado uso indevido dos insumos;
- Não cumprimento dos termos do contrato de adesão ao tratamento da diabetes mellitus e controle da distribuição de insumos (Anexo II).

## **6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- Cópia do Cartão SUS;
- Cópia de documento oficial com foto;
- Formulário de Inclusão do Protocolo Municipal de Automonitoramento da Glicemia Capilar;
- Cadastro na unidade de saúde de referência.

## **7. ITENS DISPENSADOS**

- Glicosímetro (uma única vez, com substituição em caso de avaria);
- Tiras reagentes;
- Lancetas;



## 8. FREQUÊNCIA DOS TESTES NO AUTOMONITORAMENTO

De acordo com os critérios definidos, a frequência recomendada de testes por perfil:

| DIABETES MELLITUS TIPO 1                                                                                           |                                                                                                                                                                                                      |                                      |                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de Insulina                                                                                                   | Frequência de automonitoramento                                                                                                                                                                      | Quantidade estimada de tiras por mês | Quantidade de tiras dispensadas por mês                                                    |
| Insulina Basal (NPH ou Análoga)                                                                                    | 3X/dia                                                                                                                                                                                               | 90 tiras                             | 100 tiras                                                                                  |
| Insulina Basal (NPH ou análoga) + bolus de regular* (dose fixa)                                                    | 3X/dia                                                                                                                                                                                               | 90 tiras                             | 100 tiras                                                                                  |
| Insulina Basal (NPH ou análoga) + bolus regular* com correções dependentes do valor da glicemia                    | 3-4X/dia (3 pré-prandial e 1 ao deitar)                                                                                                                                                              | 90 a 120 tiras                       | 100 tiras                                                                                  |
| Contagem de carboidratos / Correção dependendo do valor da glicemia                                                | Até 6X/dia                                                                                                                                                                                           | Até 180 tiras                        | 150 tiras                                                                                  |
| DIABETES MELLITUS TIPO 2                                                                                           |                                                                                                                                                                                                      |                                      |                                                                                            |
| Tipo de Insulina                                                                                                   | Frequência de automonitoramento                                                                                                                                                                      | Quantidade estimada de tiras por mês | Quantidade de tiras dispensadas por mês                                                    |
| 1 ou 2 doses fixas de insulina NPH ou análogo                                                                      | 4X/semana com alternância dos horários do perfil glicêmico                                                                                                                                           | 20 tiras                             | 50 tiras                                                                                   |
| 3 doses fixas NPH (jejum, almoço e ao deitar), SEM Insulina Regular                                                | 1 X/dia com alternância dos horários do perfil glicêmico                                                                                                                                             | 30 tiras                             | 50 tiras                                                                                   |
| Insulina basal (NPH ou análogo) + bolus alimentar (regular ou análoga em dose fixa)                                | 3X/dia                                                                                                                                                                                               | 90 tiras                             | 100 tiras                                                                                  |
| Insulina basal (NPH ou análogo) + bolus alimentar (regular ou análoga) e correções dependente do valor da glicemia | 3 a 4 X/dia                                                                                                                                                                                          | 90 a 120 tiras                       | 100 tiras                                                                                  |
| Contagem de Carboidratos                                                                                           | Até 6X/dia                                                                                                                                                                                           | 180 tiras                            | 150 tiras                                                                                  |
| DIABETES GESTACIONAL                                                                                               |                                                                                                                                                                                                      |                                      |                                                                                            |
| Tipo de Insulina                                                                                                   | Frequência de automonitoramento                                                                                                                                                                      | Quantidade estimada de tiras por mês | Quantidade de tiras dispensadas por mês                                                    |
| Sem Insulinoterapia                                                                                                | 3 testes/dia (Jejum, pós almoço e pós jantar), durante 10 dias. Após, caso não haja mais de 30% dos resultados acima da meta, manter 2 testes/ dia, com reavaliações quinzenais na unidade de saúde. | 60 tiras                             | 100 tiras no primeiro mês ou até atingir resultados favoráveis 50 tiras nos próximos meses |
| Com insulinoterapia                                                                                                | 3 a 4X/dia                                                                                                                                                                                           | 90 a 120 tiras                       | 100 tiras                                                                                  |



| <b>DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEM INSULINOTERAPIA (ACAMADO E/OU DOMICILIADO, POR DOENÇAS CRÔNICAS)</b>                                                                         |                                                            |                                             |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Tipo de Insulina</b>                                                                                                                                                      | <b>Frequência de automonitoramento</b>                     | <b>Quantidade estimada de tiras por mês</b> | <b>Quantidade de tiras dispensadas por mês</b> |
| Sem Insulinoterapia                                                                                                                                                          | 4X/semana com alternância dos horários do perfil glicêmico | 20 tiras                                    | 50 tiras                                       |
| <b>DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEM INSULINOTERAPIA</b>                                                                                                                          |                                                            |                                             |                                                |
| O paciente deve realizar o monitoramento na Unidade de Saúde conforme necessidade apontada pela equipe, especificando dia, horário e frequência (diária, semanal ou mensal). |                                                            |                                             |                                                |

## **9. RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE**

- Acolher o usuário, realizar cadastro e orientar quanto ao uso correto;
- Conferir documentação e receita médica;
- Garantir o registro em prontuário/e-SUS;
- Realizar avaliação contínua da adesão e da necessidade de renovação do protocolo;
- Encaminhar para acompanhamento multiprofissional quando necessário.

## **10. LOCAL E FLUXO DE ENTREGA**

- As unidades básicas de saúde realizarão o acolhimento e triagem.
- A dispensação dos insumos será centralizada na Assistência Farmacêutica Municipal, com agendamento e periodicidade a depender do protocolo e da disponibilidade de estoque.

## **11. INDICADORES PARA MONITORAMENTO**

- Nº de pacientes cadastrados no protocolo;
- Nº de tiras dispensadas por mês;
- Redução de complicações associadas ao diabetes (Pé diabético);
- Adesão ao seguimento em APS;
- Nº de pacientes excluídos;
- Indicadores de devolução;



## 12. DISPOSIÇÕES FINAIS

- O protocolo poderá ser revisto conforme atualizações normativas ou alterações epidemiológicas e operacionais no território;
- Casos omissos serão avaliados pela equipe técnica da Coordenação de Assistência Farmacêutica, com parecer da equipe da APS.

## 13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOTTO, Nilce; ALIGIERI, Débora; PITITTO, Bianca de Almeida; MELO, Karla F. S. de; FORTI, Adriana Costa. **Dispensação de medicamentos e insumos para o tratamento do diabetes mellitus no SUS**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024. DOI: 10.29327/5412848.2024-2.

BRASIL. **Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos [Internet]. Brasília; 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11347.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11347.htm). Acesso em: 24 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007**. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583\\_10\\_10\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html). Acesso em: 24 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Diabetes Mellitus Tipo 2**. Portaria SECTICS/MS nº 7, de 28 de fevereiro de 2024. Brasília: MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br>. Acesso em: 24 set. 2025

CATANDUVA (SP). Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC)**. Catanduva: SMS, 2022

CURITIBA (PR). Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde. **Recomendações para Automonitoramento de Glicemia Capilar (AMGC)**. Curitiba, 2023



**PREFEITURA DE  
CACHOEIRO**

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 056-R, de 28 de maio de 2025. Institui e homologa o Protocolo Estadual para Utilização da Insulina Glargina no tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2.** Vitória: SESA, 2025. Disponível em: <https://farmaciacidade.es.gov.br/>. Acesso em: 24 set. 2025

MALLET (PR). Secretaria Municipal de Saúde. Comissão de Farmácia e Terapêutica. **Protocolo de Automonitoramento de Glicemia Capilar.** Mallet, 2023

PORTARIA Nº 2.583, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583\\_10\\_10\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html)

VÁRZEA PAULISTA (SP). Prefeitura Municipal. Unidade Gestora de Saúde. **Protocolo de Monitoramento da Glicemia Capilar.** Várzea Paulista: Assistência Farmacêutica Municipal.



# PREFEITURA DE CACHOEIRO

## ANEXO I

| FORMULÁRIO DE INCLUSÃO NO PROTOCOLO DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA<br>CAPILAR (AMGC)                                                                                                                                                                  |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>UNIDADE DE SAÚDE</b>                                                                                                                                                                                                                                 |      |
| NOME: _____                                                                                                                                                                                                                                             |      |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                        |      |
| NOME: _____                                                                                                                                                                                                                                             |      |
| DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____      CARTÃO SUS/CPF: _____                                                                                                                                                                                           |      |
| ENDEREÇO: _____                                                                                                                                                                                                                                         |      |
| TELEFONE: _____                                                                                                                                                                                                                                         |      |
| <b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA</b>                                                                                                                                                                                                                            |      |
| DATA DO DIAGNÓSTICO: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                     |      |
| DIABETES MELLITUS: ( ) TIPO 1 ( ) TIPO 2 ( ) GESTACIONAL                                                                                                                                                                                                |      |
| USUÁRIO DE INSULINA: ( ) NPH ( ) REGULAR ( ) OUTRAS - Especificar: _____                                                                                                                                                                                |      |
| AUTOMONITORAMENTO DIÁRIO: ( ) 1x /dia ( ) 2x /dia ( ) 3x /dia ( ) 4x /dia ( ) Mais de 4x /dia                                                                                                                                                           |      |
| - Especificar quantidade e tempo (limite de 6x/dia): _____                                                                                                                                                                                              |      |
| <b>DECLARAÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                                                |      |
| Atesto que o paciente é portador de diabetes mellitus e tem indicação de uso de insulina e automonitoramento da glicemia capilar conforme informações acima. Solicito a inclusão do mesmo no Protocolo de Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC). |      |
| ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO                                                                                                                                                                                                                             | DATA |
| <b>DECLARAÇÃO ENFERMAGEM</b>                                                                                                                                                                                                                            |      |
| Declaro ciência e atesto que o paciente é residente no município de Cachoeiro de Itapemirim/ES e cadastrado nesta Unidade de Saúde e que deverá fazer o acompanhamento conforme protocolos vigentes.                                                    |      |
| ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO                                                                                                                                                                                                                      | DATA |
| <b>DECLARAÇÃO FARMACÊUTICA</b>                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Declaro ciência e atesto que promoverei a dispensação dos insumos necessários para a aplicação de insulina e para o automonitoramento da glicemia conforme protocolos vigentes.                                                                         |      |
| ASSINATURA E CARIMBO DO FARMACÊUTICO                                                                                                                                                                                                                    | DATA |



# PREFEITURA DE CACHOEIRO

## ANEXO II

| TERMO DE RESPONSABILIDADE DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO<br>(MONITOR DE GLICEMIA CAPILAR – GLICOSÍMETRO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>UNIDADE DE SAÚDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |
| NOME: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                   |
| NOME: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |
| DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____      CARTÃO SUS/CPF: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |
| ENDEREÇO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |
| TELEFONE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |
| MARCA/MODELO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |
| Nº DE SÉRIE / IDENTIFICAÇÃO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| DATA DO EMPRÉSTIMO: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DATA DO DEVOLUÇÃO: ____/____/____ |
| <b>DECLARAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |
| <p>DECLARO que estou ciente da minha responsabilidade na guarda, conservação e utilização do equipamento (monitor de glicemia capilar - glicosímetro) a mim cedido, uma vez que o mesmo pertence à Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim/SP. Estou ciente ainda de que devo devolver o equipamento à referida Unidade de Saúde, caso não seja mais necessário o seu uso.</p> <p>Do mesmo modo, declaro que estou ciente que este aparelho se destina a meu uso pessoal, não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros. Comprometo-me ainda a elaborar e apresentar à Unidade de Saúde o Boletim de Ocorrência em caso de perda ou roubo do aparelho.</p> <p>Assumo responsabilidade plena e integral para utilizar o equipamento acima citado conforme manual de instrução de utilização e me comprometo a devolvê-lo nas mesmas condições que me foi entregue.</p> <p>Comprometo-me ainda a utilizar corretamente os insumos fornecidos para o automonitoramento da glicemia capilar e a realizar as medições da glicemia de acordo com a prescrição. Comprometo-me a descartar seringas, agulhas, lancetas e tiras reagentes em caixa de descartes fornecidas pela Unidade de Saúde e devolver a caixa na própria Unidade, conforme as orientações recebidas da equipe.</p> <p>Estou ciente de que devo levar o aparelho para a retirada dos insumos, nas consultas com o farmacêutico ou outro membro da equipe, ou ainda sempre que solicitado pela equipe de saúde, assim como o Formulário para Registro do Automonitoramento da Glicemia Capilar.</p> <p>Afirmo que conheço o protocolo de tratamento de Diabetes Mellitus proposto pela Secretaria de Saúde e me comprometo a participar das seguintes atividades: consulta médica, consulta de enfermagem, consulta farmacêutica, consulta em grupo, encontros educativos e grupo de exercício para a saúde.</p> |                                   |
| ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DATA                              |

\*preencher 02 vias: 01 arquivar na unidade dispensadora e 01 entregar para o paciente