

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

- 1. Objetivo:** Orientar os procedimentos para a realização da consulta farmacêutica para os pacientes do Programa Municipal de Distribuição de Insumos para o Diabetes (PMDID).
- 2. Material necessário:**
 - 2.1 Certificado do Curso “Farmacêutico Clínico na APS - Atendimento à Pessoa com Diabetes Mellitus” da Plataforma EducaPoa;
 - 2.2 Acesso ao Gercon, DIS e E-SUS;
 - 2.3 Atendimento Farmacêutico Estruturado para o Diabetes na Renovação do Programa de Insumos para o Diabetes (Anexo I) OU Atendimento Farmacêutico Estruturado para o Diabetes (Anexo II) ;
 - 2.4 Materiais Impressos PMDID:
 - 2.4.1 Termo de Recebimento e Guarda do Aparelho Glicosímetro, 2 vias (Anexo III);
 - 2.4.2 Instruções de Como Usar a Caneta (NPH ou Regular) (Anexo IV)
 - 2.4.3 Diário para controle glicêmico (Anexo V);
 - 2.4.4 Carteira PMDID (Anexo VI)
 - 2.4.5 Folder caneta lancetadora (VII)
 - 2.4.6 Modelo de encaminhamento (Anexo VIII)
 - 2.4.7 Termo de devolução glicosímetro (Anexo IX)
- 3. Responsável (is):**
 - 3.1 Farmacêuticos (as).
- 4. Procedimentos:**
 - 4.1 Treinamento:**
 - 4.1.1 Todos os farmacêuticos dos serviços de saúde que oferecem agenda de consulta farmacêutica “INSUMOS DIABETES” devem realizar o curso “Farmacêutico Clínico na APS - Atendimento à Pessoa com Diabetes Mellitus” na Plataforma EducaPoa (<https://educapoa.portoalegre.rs.gov.br>).
 - 4.1.2 Para acesso à plataforma EducaPoa:
 - 4.1.2.1 Caso o usuário possua e-mail institucional: usar o mesmo login e senha de acesso ao e-mail;
 - 4.1.2.2 Caso o usuário não possua e-mail institucional: a solicitação de acesso ao EducaPOA deve ser realizada pelo próprio usuário através do formulário: <https://tinyurl.com/acessoeducapoa>.

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

É importante reforçar que cada solicitante deve preencher a totalidade dos dados do formulário para que a equipe gere o acesso e informe diretamente ao usuário o seu login e senha, através do e-mail pessoal de cada solicitante. Os acessos são individuais, vinculados a cada profissional por questões de segurança de rede.

4.1.2.3 A **chave de acesso** ao curso “Farmacêutico Clínico na APS - Atendimento à Pessoa com Diabetes Mellitus” é: **Cafcuidado**

4.1.3 Após finalização do curso, enviar o certificado para a Coordenação da Assistência Farmacêutica (areafarmaceutica@sms.prefpoa.com.br) para ser autorizada a abertura de agenda.

4.2 Pré-consulta:

4.2.1 Verificar a agenda e organizar os materiais;

4.2.1.1 No Gercon, avaliar o paciente que será atendido verificando na aba “Histórico do tratamento” a anamnese do solicitante. Nessa aba terá o histórico breve da solicitação, a evolução do regulador e a informação do que foi autorizado para ser fornecido ao paciente;

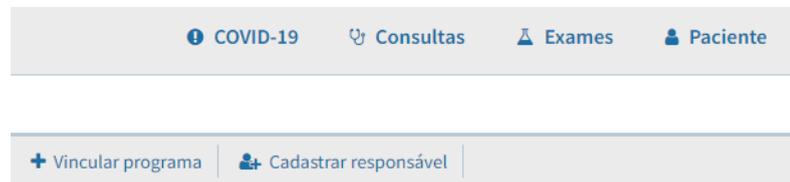
4.2.1.2 No Gercon, na aba "Paciente", "Programas de Saúde" verificar se o usuário já foi cadastrado no PMDID, a fim de verificar se realizará consulta de renovação ou nova inclusão no programa. No exemplo abaixo, é possível identificar que o usuário possui cadastro no PMDID, constando a data de inclusão no Programa, assim como a sua validade. Dessa forma, a consulta será de renovação.

Programas vinculados

| Programa | Situação | Cadastro | Solicitante | Validade |
|---|----------|------------|--|------------------------------|
| Programa Municipal de Distribuição de Insumos para O Diabetes | ativo | 25/10/2022 | Rotina Automática Secretaria Municipal de Saude de Porto Alegre | 25/10/2024 1 mês, 13 dias |

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

4.2.1.3 No exemplo abaixo, pode ser observado um usuário sem vínculo no PMDID. Neste caso, será necessário realizar uma nova inclusão durante a consulta.



The screenshot shows a navigation bar with four tabs: 'COVID-19', 'Consultas', 'Exames', and 'Paciente'. Below the navigation bar, there are two buttons: '+ Vincular programa' and '+ Cadastrar responsável'. Underneath these buttons, the text 'Programas vinculados' is displayed, followed by 'Nenhum programa vinculado'.

4.2.1.4 No DIS, pode ser verificado os medicamentos utilizados pelo paciente, assim como, se já possui registro de dispensação da caneta lancetadora;

4.2.1.5 Com as informações obtidas no Gercon e DIS, separar os insumos (conforme regulação) e materiais a serem utilizados na consulta;

4.2.1.6 No caso de dúvidas sobre histórico do paciente é possível acessar o prontuário eletrônico do paciente no E-SUS na tentativa de auxiliar no atendimento.

4.3 Consulta:

4.3.1 Acolher o paciente;

4.3.2 Realizar a consulta estruturada PMDID, conforme necessidade de renovação ou cadastro novo (Anexo I ou Anexo II);

4.3.3 Realizar o preenchimento do TERMO DE RECEBIMENTO E GUARDA DO APARELHO GLICOSÍMETRO (Anexo III), coletar assinatura do usuário ou do responsável em duas vias do documento, entregar uma via para o paciente e anexar a outra via do documento no sistema DIS conforme o item 4.4.3.8;

4.3.3.1 Orientar o usuário sobre o funcionamento do aparelho. Exemplo: como ligar, alterar data/hora, verificar medições anteriores, entre outras funções que julgar necessárias.

4.3.3.2 Explicar para o paciente o significado de "LO" E "HI" na tela do glicosímetro, caso ocorra durante as medições de glicemia. Esses resultados indicam que a glicemia está fora da faixa de medição do aparelho, sendo importante repetir o teste para confirmar o resultado. Essas informações, constam na bula do aparelho.

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

LO: Indica hipoglicemia, ou seja, a glicemia está abaixo do valor detectável pelo aparelho, normalmente abaixo de 10 mg/dL.

HI: Indica hiperglicemia, ou seja, a glicemia está acima do valor detectável pelo aparelho, normalmente acima de 600 mg/dL.

4.3.3.3 Orientar o paciente sobre como proceder em casos em que o aparelho estiver estragado ou necessitar de troca de bateria: para avaliação do aparelho o usuário deverá dirigir-se a uma Farmácia Distrital, portando o aparelho e documento de identificação com foto, para que o farmacêutico avalie e faça a troca do aparelho ou bateria se houver necessidade.

4.3.4 O farmacêutico deve, durante a consulta, abordar a técnica correta de aplicação de insulina, conforme o tipo de apresentação em uso, caneta ou frasco ampola, seu armazenamento e descarte adequado, o reconhecimento dos sinais/sintomas, manejo dos quadros de hipo e hiperglicemia e avaliar a compreensão do paciente e/ou cuidador quanto a esses aspectos, bem como as demais orientações que forem pertinentes;

4.3.5 Aos pacientes que se enquadrarem na NT em vigência que regulamenta os critérios das canetas aplicadoras de insulinas e não estejam em uso de caneta, deve ser ofertada a troca e, em caso positivo, proceder a orientação quanto ao uso da caneta durante a consulta conforme (Anexo IV) e dispensar canetas em quantidade suficiente conforme a posologia diária definida na prescrição.

4.3.5.1 Caso o paciente não tenha em mãos a prescrição de insulina, mas a receita (ainda dentro do prazo de validade) estiver anexada no sistema DIS, poderá ser efetuada a troca para a caneta.

4.3.5.2 Caso o usuário opte por não realizar a troca, registrar na evolução da consulta que foi efetuada a oferta, mas que o paciente não aceitou realizar a troca.

4.3.6 Fornecer os insumos conforme a autorização do regulador e materiais impressos do PMDID: Diário para controle glicêmico (Anexo V), Instruções de Como Usar a Caneta (NPH ou Regular) (Anexo IV), e Carteira do PMDID (Anexo VI), Instruções de uso da Caneta Lancetadora (VII).

4.3.7 O farmacêutico deve verificar a autonomia do paciente quanto aos itens abordados na consulta, nos casos em que não for verificada autonomia nesses quesitos o farmacêutico pode agendar até 4 reconsultas consecutivas a fim de garantir a autonomia mínima do paciente;

4.3.8 Nos casos em que for necessário um maior número de atendimentos, caberá ao profissional farmacêutico realizar a alta e nova solicitação de atendimento no sistema

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

GERCON, indicando sua unidade como executante, justificando a continuidade do tratamento e indicando no campo UNIDADE BÁSICA DE REFERÊNCIA a unidade de saúde do usuário (caso seja em local diferente de onde está acontecendo a consulta). Essa solicitação será avaliada pela regulação;

4.3.9 Após essa avaliação quanto ao autocuidado caberá ao profissional farmacêutico realizar a alta no sistema GERCON, indicando ao usuário a sua unidade de saúde de referência para as próximas retiradas de insumos na data informada na Carteira do PMDID (Anexo VI).

4.3.9.1 Alertar que não serão fornecidas tiras extras, caso o paciente exceda o limite máximo mensal autorizado, bem como, particularidades na dispensação e intervalos das retiradas.

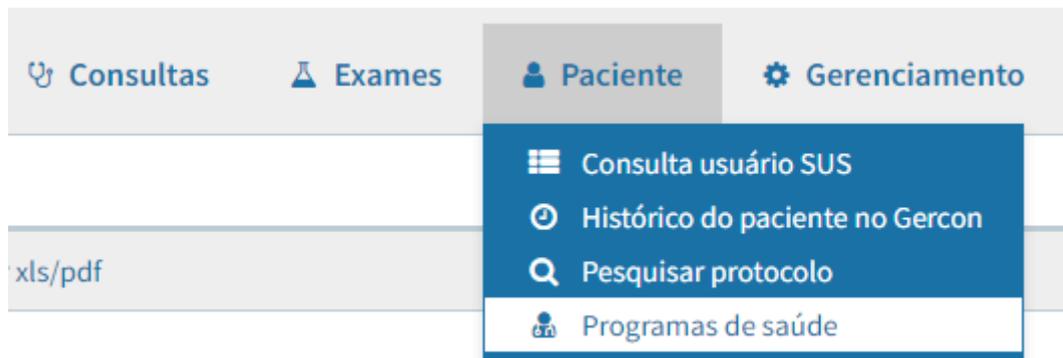
4.3.10 Nos casos em que o farmacêutico verificar a necessidade de maior número de medições, conforme os critérios definidos no programa, o farmacêutico deve anexar no GERCON a prescrição médica, de profissional com CNES vinculado ao SUS, que configura a mudança da insulinização do paciente e proceder na evolução e no cadastro do Gercon Programas a ampliação realizada.

4.3.11 Caso necessite encaminhamento para outro profissional ou serviço de saúde, poderá ser indicado o serviço de saúde mais próximo e acessível, ou fazer contato direto com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), segundo a gravidade da situação. O farmacêutico poderá utilizar o modelo de encaminhamento conforme Anexo VIII.

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

Passo a passo dos fluxos da Consulta Farmacêutica do PMDID no Gercon

4.3.12 No perfil “PROFISSIONAL EXECUTANTE” clicar no campo “Paciente”. Após clicar no campo “ Programas de saúde”;



4.3.13 No campo “Pesquisar paciente”, optar por inserir “CPF ou Cartão do SUS” ou, selecionar a opção “Nome, mãe e data de nascimento” e preencher os dados solicitados. Após clicar em “Pesquisar”;

Programas de saúde

Pesquisar paciente

CPF ou Cartão SUS Nome, mãe e data de nascimento

CPF ou CNS*

✕ Limpar

🔍 Pesquisar

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

4.3.14 Clicar no nome do paciente e após selecionar o campo “ Vincular programa”;

início » programas de saúde » paciente

[← Voltar para seleção de pacientes](#) | [+ Vincular programa](#) | [+ Cadastrar responsável](#)

Paciente

Programas vinculados

4.3.15 No campo “Programa de saúde” selecionar “Programa Municipal de Distribuição de Insumos para o Diabetes”;

Vincular novo programa

Programa de saúde (exibindo apenas permitidos para o seu CBO) *

Data de vinculação ao programa *

11/06/2024

FORMULAS NUTRICIONAIS E DIETAS ENTERAIS
MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIAL E ESPECIALIZADO
Programa Municipal de Distribuição de Insumos para o Diabetes

Sim Não

4.3.16 No campo “Cadastro Provisório”, selecionar:

- “Não” quando paciente for cadastrado para 720 dias no programa ou
- “Sim” nos casos de gestantes e pacientes com cadastro provisório, como os cadastrados para 30 dias e agendado retorno. Nesse caso é obrigatório o preenchimento do campo “Prazo cadastro provisório”.
 - Para gestantes (diagnosticadas com diabetes gestacional, DMG), preencher neste campo a data limite para retirada dos insumos (que deve ser a data provável do parto (DPP) +45 dias, se hoje 24/05/2024 e DPP: 31/10/2024 temos 161 dias corridos + 45 dias = 206 dias).
 - Para pacientes com agendamento de retorno em 30 dias, registrar esse prazo;

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

Exemplo para pacientes cadastrados para 720 dias no PMDID:

Cadastro provisório *

Exemplo para pacientes com **cadastro temporário**:

Cadastro provisório *

Prazo cadastro provisório *

Telefone de contato (e mensagens)

< junho 2024 >

| dom | seg | ter | qua | qui | sex | sáb |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 |
| 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 |

4.3.17 Confirmar se o telefone de contato que aparece em tela está atualizado e clicar em “Sim”, se estiver correto. Caso não esteja, clicar em “Não” e registrar o número atual;

Telefone de contato (e mensagens)

Esse número está atualizado? *

Sim Não

Novo telefone de contato *

4.3.18 Verificar se o paciente deseja receber mensagens do programa e optar entre “Sim” ou “Não” no campo “Permite o envio de mensagens SMS ou Whatsapp para a informação do seu programa de saúde”. Selecionar o tipo de mensagem que o paciente deseja receber e clicar em “SMS”, “Whatsapp” ou “SMS e Whatsapp”;

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

Permite o envio de mensagens SMS ou Whatsapp para a informação do seu programa de saúde? *

Sim Não

Tipo de mensagem permitido: *

SMS Whatsapp SMS e Whatsapp

Lembre de informar ao paciente que, caso tenha escolhido o envio de SMS, não poderá ser realizada nenhuma ação de confirmação ou não confirmação. As mensagens do tipo SMS são apenas informativas. O paciente deverá buscar sua unidade de saúde, se necessário.

4.3.19 Caso tenha documentos para anexar, como laudos ou exames específicos que justificaram o laudo, clicar em “Selecionar arquivos” no campo “Anexar arquivos”;

ANEXAR ARQUIVOS

Formatos permitidos: *pdf, jpg, jpeg, gif e png*

 [Selecionar arquivos](#)

4.3.20 Em “Diagnósticos”, preencher os seguintes campos: “CID principal” (verificar o CID atribuído ao paciente) e selecionar o tipo de diabetes no campo “Tipo de diabetes”;

DIAGNÓSTICOS

CID principal (exibindo apenas os elegíveis para o programa) *

E10 - DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE

Tipo diabetes *

Seleção de Tipo

Seleção de Tipo

- DM-1
- DM-2
- DG
- LADA
- MODY

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

4.3.21 Em “Insumos”, selecionar o tipo do insumo desejado, preencher o campo “unidades” com o quantitativo que o paciente irá utilizar por dia ou por mês, fazendo essa opção ao lado. Inserir todos os insumos utilizados pelo paciente: tiras, lancetas e seringas (caso o paciente não use insulina em caneta aplicadora);

INSUMOS

Selecionar insumo

Lanceta universal para uso em lancetador universal ▼

Selecione
Lanceta universal para uso em lancetador universal
 Tira p/ medir glicose sanguinea, apresentacao. tiras, cfe.esp.anexa
 Seringa para insulina, esteril, sem espaco morto, descartavel

11/06/2026 (720 dias)

Unidades *

dia mês

Após inserir a quantidade de insumos utilizados por dia ou mês, clicar em “Incluir”. Realizar o mesmo processo para todos os insumos que o paciente utilizar;

INSUMOS

Selecionar insumo

Lanceta universal para uso em lancetador universal ▼

Validade do laudo

11/06/2026 (720 dias)

Entregas previstas

11/06/2024 60 unidades
11/07/2024 60 unidades
10/08/2024 60 unidades
09/09/2024 60 unidades
09/10/2024 60 unidades
08/11/2024 60 unidades
08/12/2024 60 unidades
07/01/2025 60 unidades

Liberado para retirada

60 unidades

Unidades *

60 por mês

dia mês

[+ Incluir](#)

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

4.3.22 No campo “Unidade para retirada” aparecerá já selecionada a opção “Entregar na unidade de referência vinculada”. Caso não seja a unidade do paciente, clique em “Selecionar outra” e inserir a unidade de referência do paciente. Após, clicar em “Salvar laudo”;

OBS: o paciente poderá escolher a Unidade de Referência que irá retirar seus insumos, portanto é importante deixar claro para ele que poderá retirar somente naquele local.

Unidade para retirada

Unidade de referência do paciente
Clínica da Família Modelo

Entregar na unidade de referência vinculada Selecionar outra

Caso a unidade de referência seja outra:

Entregar na unidade de referência vinculada **Selecionar outra**

Filtrar por farmácia, bairro ou endereço

1 farmácia encontrada

| Farmácia | Bairro | Endereço |
|---|------------------|----------------------|
| <input checked="" type="radio"/> Us Jardim Leopoldina Unidade de Saude Jardim Leopoldina | Jardim Sao Pedro | R. Orlando Aita, 130 |

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

4.3.23 Após salvar, o cupom de atendimento será gerado e é possível a impressão do mesmo para fornecer ao paciente;

Paciente

Nome social

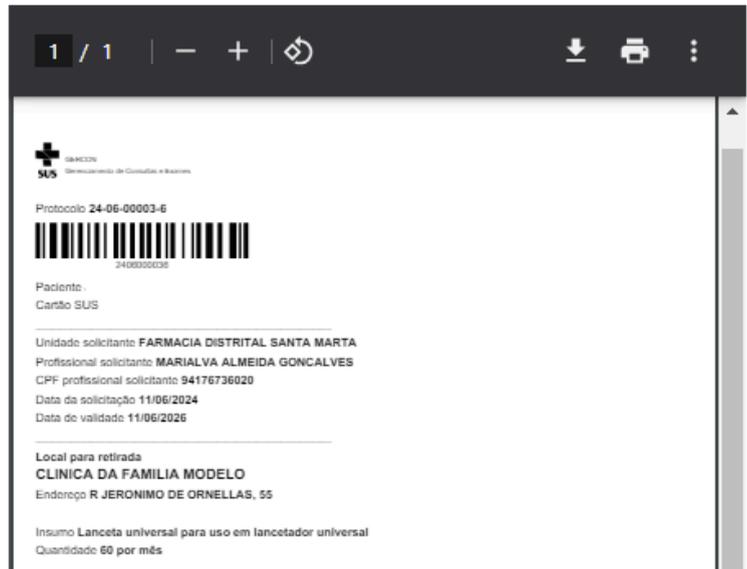
Cartão SUS

Idade

Sexo

Cupom

A4



1 / 1 | - + |

SUS Secretaria Municipal de Saúde e Bem-estar

Protocolo 24-06-00003-6



Paciente:
Cartão SUS

Unidade solicitante FARMACIA DISTRITAL SANTA MARTA
Profissional solicitante MARIALVA ALMEIDA GONCALVES
CPF profissional solicitante 94176736020
Data da solicitação 11/06/2024
Data de validade 11/06/2026

Local para retirada
CLINICA DA FAMILIA MODELO
Endereço R JERONIMO DE ORNELLAS, 55

Insumo Lanceta universal para uso em lancetador universal
Quantidade 60 por mês

4.3.24 Casos de renovação do laudo já cadastrado em “Programas de Saúde”.

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

4.4 Registros:

4.4.1 Registro no GERCON:

4.4.1.1 Para registrar o atendimento à consulta o profissional deve estar logado com o perfil “Profissional Executante” no Gercon.

4.4.1.2 Na aba “DESCRIÇÃO DA CONSULTA E DIAGNÓSTICOS” preencher o campo “Descrição da consulta e conduta” com “Evolução realizada no ESUS”;



Descrição da consulta e conduta

3972 caracteres restantes *

Evolução realizada no E-SUS.

Coletar medidas do paciente

4.4.1.3 No campo “Incluir diagnóstico” preencher com o CID principal da anamnese do solicitante (Histórico do tratamento) e clicar em incluir.

Diagnósticos

Incluir diagnóstico *

(Deve ser incluído ao menos um diagnóstico)

Código ou descrição

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

4.4.1.4 Na aba “PROCEDIMENTOS E ENCAMINHAMENTOS” e no campo “ENCAMINHAMENTO PÓS-CONSULTA”:

4.4.1.4.1 Incluir procedimentos realizados conforme situação:

- Cód. 0301010030 Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Primária (Exceto Médico)
- Cód. 0214010015 Glicemia capilar

| DESCRIÇÃO DA CONSULTA E DIAGNÓSTICOS | PROCEDIMENTOS E ENCAMINHAMENTOS |
|---|--|
| Procedimentos realizados | |
| Incluir procedimento | |
| Descrição | <input type="text"/> <input type="button" value="Q"/> <input type="button" value="+ Incluir"/> |
| Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Primária (Exceto Médico) | <input type="text" value="1"/> <input type="button" value="Excluir"/> |
| Glicemia Capilar | <input type="text" value="1"/> <input type="button" value="Excluir"/> |

4.4.1.4.2 Marcar “Retorno ambulatorial” caso o paciente necessite de consulta de retorno, neste caso já agendar o retorno do paciente no GERCON; ou

4.4.1.4.3 Marcar “Alta ambulatorial” quando não for necessário novo atendimento. Clicar no botão verde “Finalizar atendimento”.

Encaminhamento pós-consulta

- Retorno ambulatorial
 Alta ambulatorial

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

4.4.1.5 Registro de falta: Os pacientes do PMDID que não comparecerem à consulta, após 1 hora do horário agendado, o farmacêutico deve registrar a falta do paciente no sistema GERCON.

4.4.1.5.1 Para solicitar a reversão da falta, o paciente deve comparecer à unidade de saúde com a justificativa da falta. Após a regulação irá proceder a análise da justificativa para conceder a reversão ou não.

4.4.2 Registro no ESUS:

4.4.2.1 Registrar a consulta estruturada conforme Anexo I ou Anexo II, e evoluir o atendimento e indicação dos códigos SIGTAPs conforme POP 03 (<https://drive.google.com/file/d/1QE21gPKBu5TuMBaehNli-yDyAvyuC3aR/view>).

4.4.2.2 Se houve troca de frasco ampola para caneta de insulina durante a consulta ou mesmo a recusa do paciente deve constar na evolução.

4.4.3 Registro DIS:

4.4.3.1 No DIS em “Entregas liberadas” aparecerá o vínculo do paciente ao PMDID. Clicar em “Gerar entregas”;

Programas de saúde vinculados

Programa

Laudos ▲ Situação

Programa Municipal de Distribuição de Insumos do Diabetes (PMDID)

12/06/2024

novo

 Gerar entregas

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

4.4.3.2 Abrirá uma página com os insumos inseridos no módulo GERCON. Clicar no item desejado;

[← Pesquisa de pacientes](#)
[📝 Anotações](#)
[📦 Entregas liberadas](#)
[📄 Histórico completo de prescrições](#)

Paciente

Insumos disponíveis para entrega

Nome social:

Cartão SUS

Idade

Tira p/ medir glicose sanguinea, apresentacao. tiras, cfe.esp.anexa

4.4.3.3 Proceder o registro conforme fornecido para o paciente e clicar em “Incluir”. Após, clicar em “Salvar dispensação”. Repetir o processo para todos os insumos;

Insumos disponíveis para entrega

Tira p/ medir glicose sanguinea, apresentacao. tiras, cfe.esp.anexa

Estoque 1800 tira

Disp. máxima mensal 350 tira

Validade máx. 24 dias

Laudos

Cadastro

Entregas previstas

Liberado para entrega

12/06/2024

Validade

12/06/2026 (730 dias)

Unidades

2 por dia / 60 por mês

Unidades por pacote *

[+ Incluir](#)

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

4.4.3.4 Os registros de glicosímetro, caneta lancetadora e bateria devem ser realizados na aba “Nova Prescrição”. No campo “Estabelecimento de saúde”, preencher com a unidade de saúde de referência do paciente que consta no GERCON;

4.4.3.5 No campo “Emissão da receita” colocar a data da consulta;

4.4.3.6 As quantidades devem ser cadastradas conforme o autorizado no GERCON:

- Aparelho Glicosímetro, caneta lancetadora e bateria:
 - Paciente que está sendo incluído no PMDID deve receber o aparelho glicosímetro na primeira consulta. No campo “Quantidade Prescrita (mensal)” preencher 1, “Tratamento” preencher 720 dias e “Validade da receita” preencher 30 dias. Exceção: Pacientes DMG, o tempo máximo de cadastro será o mesmo tempo cadastrado para os demais insumos
 - Caso seja necessária a troca de baterias na consulta, deve-se registrar no sistema. No campo “Quantidade Prescrita (mensal)” preencher 2, “Tratamento” preencher 180 dias e “Validade da receita” preencher 30 dias.

4.4.3.7 Anotação no DIS: não é mais necessário esse registro, pois o DIS mostrará o local de retirada dos insumos de cada paciente.



Programas de saúde vinculados

| Programa | Laudo | Situação |
|---|------------|--|
| es) Programa Municipal de Distribuição de Insumos para o Diabetes | 02/08/2024 | ativo Prescrição ativa com entregas já geradas no DIS UNIDADE DE SAUDE VILA FATIMA |

Entregas liberadas

4.4.3.8 Termo de Recebimento e Guarda do Aparelho Glicosímetro:

Escanear o Termo de Recebimento e Guarda do Aparelho Glicosímetro (Anexo III)

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

assinado e anexar ao sistema DIS no campo anotação.

4.4.4 Devolução do glicosímetro

Quando do descadastramento nos casos de diabetes gestacional ao concluir o período de 45 dias após o parto e demais casos previstos em Portaria, ao receber o aparelho deve-se realizar o preenchimento do ANEXO IX TERMO DE DEVOLUÇÃO GLICOSÍMETRO, coletar assinatura do usuário ou do responsável em duas vias do documento, entregar uma via para o paciente e anexar a outra via do documento no sistema DIS através de anexo em Anotação.

4.4.4.1 Proceder a devolução do glicosímetro ao NDM-CAF em caixa separada a dos medicamentos vencidos com a sinalização de devolução pelo paciente/responsável a ser recolhido no ato da entrega do pedido mensal.

4.4.5 Caso o paciente precise trocar o local de retirada de seus insumos deverá solicitar a troca na sua Unidade de Saúde de Referência, que deverá enviar email para insumosdiabetes@sms.prefpoa.com.br fazendo a solicitação, ou solicitar em qualquer serviço com farmacêutico, solicitando diretamente para este profissional. O farmacêutico poderá trocar o local de retirada dos insumos do paciente, editando o laudo no Gercon programa.

início » programas de saúde » paciente » programa: programa municipal de distribuição de insumos para o diabetes

[Voltar para lista de programas do paciente](#) [Renovar laudo](#) [Editar laudo](#) [Desvincular paciente](#) [Anexos](#) [Imprimir comprovante](#)

ativo

Laudo ativo

Programa
Programa Municipal de Distribuição de Insumos para O Diabetes

Vinculado

Validade 02/08/2026 **724 dias**

DIAGNÓSTICOS

CID principal
Diabetes Mellitus Insulino-Dependente E10

INSUMOS

Tira P/ Medir Glicose Sanguinea, Apresentacao. Tiras, cfe.esp.anexa
3 por dia
Lanceta Universal para Uso Em Lancetador Universal
3 por dia

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

5. Referências:

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. 1. ed. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, v. 1, 2016.

ORIENTAÇÕES GERAIS DE USO INSULINAS EM CANETA. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1ZxZOKhauuczNJ9vuWjvBrPfcJxNL01T_/view

NOTA TÉCNICA SMS 002/2021. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1bkkb5KMn_0s5mytIQ3IKNSFw589sYdYK/view

Normatização para implementação de agendas para atendimento farmacêutico na rede da atenção primária de Porto Alegre - SUS. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/14m0aN4Tx74N_fgqsGznU00PwXDq9qIMp/view

Informativo das Equipes de Assistência Farmacêutica e Regulação Ambulatorial 05/2019. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1k4bInkcaggCNMiCLacBfD832PURxTF2a/view>

6. Histórico de alterações:

Alterações referentes à implantação do Gercon Programas.

| | |
|---|-------------------------|
| Elaborado por: Grazielle Pereira Ramos Pedrazza Matrícula: 1487876 | Data: 08/08/2024 |
| Revisado por: Leonel Augusto Morais Almeida Matrícula: 1319345-01 Rihana Graf Beltrame Matrícula: 1688090-01 | Data: 25/10/2024 |
| Aprovado por: Leonel Augusto Morais Almeida Matrícula: 1319345-01 | Data: 25/10/2024 |



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção Primária
Coordenação de Assistência Farmacêutica



| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|



| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

ANEXO I

ATENDIMENTO FARMACÊUTICO ESTRUTURADO PARA O DIABETES NA RENOVAÇÃO DO PROGRAMA DE INSUMOS PARA O DIABETES

1. Qual tipo de diabetes do paciente?
() DM1 () DM2 () DM Gestacional () LADA () MODY () Outros Tipos de Diabetes
2. Quais insulinas utiliza?

3. Utiliza qual apresentação de insulina?
() Frasco Ampola () Caneta **(PULE PARA A PERGUNTA 7)**
4. Paciente conhece a técnica correta para agitar a insulina NPH?
() Sim () Não () Paciente não usa NPH
5. Sabe misturar insulinas? (caso paciente utilize frasco ampola)
() Não se aplica () Sim () Não () usa separadamente.
6. O paciente sabe utilizar seringas com diferentes escalas?
() Sim () Não
7. O paciente sabe utilizar CANETA de insulina (inclusive troca de agulhas) ?
() Sim () Não
8. Paciente sabe sua posologia prescrita?
() Sim () Não
9. O paciente sabe utilizar CANETA LANCETADORA (inclusive a necessidade da troca de lancetas)?
() Sim () Não
10. Quais locais de aplicação o paciente aplica insulina?
() Umbigo () Coxas () Braços () Nádegas () Outros
11. Ele conhece todos os locais de aplicação?
() Sim () Não () Conhece a maioria dos locais de aplicação
12. O paciente faz a prega?
() Sim () Não () Não se aplica
13. O paciente faz rodízio de aplicação?

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

Sim Não

14. Sabe que só deve repetir o local de aplicação a cada 14 dias?

Sim Não - Orientar quanto técnicas para garantir tempo mínimo entre aplicações.

15. Paciente apresenta lipodistrofia?

Sim Não

16. Sabe que pode armazenar insulina por 4 a 8 semanas após a data de abertura e o início de uso, fora da geladeira (evitando exposição ao sol ou lugares com calor ou frio excessivo)?

Sim Não

17. Sabe que **não é recomendável** guardar a caneta recarregável em geladeira?

Sim Não

18. Local que armazena insulina de estoque:

No freezer Na Porta da geladeira prateleiras do meio, parte inferior, ou na gaveta de verduras

Orientar quanto ao armazenamento da insulina, conforme a bula do produto que o paciente utiliza.

19. Quando foi realizado o último exame de Hemoglobina glicada?

menos de 3 meses mais de 3 meses

(caso o paciente tenha realizado o exame há mais de 3 meses fazer a solicitação via GERCON - "Dosagem de hemoglobina glicosilada (HbA1C)") - Recomendação: A HbA1c deve ser medida rotineiramente (geralmente a cada 3 meses até que metas individualizadas aceitáveis sejam alcançadas e, então, não menos que a cada 6 meses).

20. O paciente conhece os objetivos do tratamento, que incluem a manutenção das concentrações de HbA1c <7%, se isso puder ser alcançado sem hipoglicemia significativa ou outros efeitos adversos do tratamento (Faixas-alvo mais altas são recomendadas para crianças e adolescentes e são apropriadas para indivíduos com expectativa de vida limitada, doenças comórbidas extensas, histórico de hipoglicemia grave e complicações avançadas.) ?

Sim Não

21. Quando foi realizado o último exame de albumina e de creatinina (A albumina urinária deve ser medida anualmente em adultos com diabetes usando a relação albumina: creatinina na urina matinal, relação albumina-creatinina (RAC))?

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

() menos de 1 ano () mais de 1 ano

(caso o paciente tenha realizado o exame há mais de 1 ano fazer a solicitação via GERCON “CREATININA EM AMOSTRA” e “MICROALBUMINURIA”).

RAC > 30 mg/g de creatinina e pressão arterial elevada, ou;

RAC > 300 mg/g independente da pressão arterial

ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO NA UNIDADE SAÚDE DE REFERÊNCIA

Exemplo:

Valor encontrado de Creatinina na amostra = 120 mg/dL

Valor encontrado de Microalbuminúria na amostra (mg/L) = 60,0 mg/L

Creatinina Urinária (g/L) = $\frac{\text{Valor encontrado de Creatinina}}{100}$

Creatinina Urinária (g/L) = $\frac{120 \text{ mg/dL}}{100} = 1,2 \text{ g/L}$

Microalbuminúria / Creatinina (mg/g) = $\frac{\text{Microalbuminúria (mg/L)}}{\text{Creatinina (g/L)}}$

Microalbuminúria / Creatinina (mg/g) = $\frac{60,0 \text{ mg/L}}{1,2 \text{ g/L}} = 50,0 \text{ mg/g}$

22. O paciente sabe que o valor limítrofe para HIPOglicemia é 70 mg/dL?

() Sim () Não - Explicar manejo

23. O paciente sabe que o valor limítrofe para HIPERglicemia é 300 mg/dL?

() Sim () Não - Explicar manejo

24. Valor glicemia no momento da consulta: _____ mg/dL (Caso necessário encaminhar para atendimento médico)

25. O paciente sabe descartar seringas ou agulhas de caneta e lancetas? (Orientar)

() Sim () Não

Descrever demais orientações e encaminhamentos:

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

**ANEXO II
ATENDIMENTO FARMACÊUTICO ESTRUTURADO PARA O DIABETES**

1. Há quanto tempo utiliza insulina?

2. Qual tipo de diabetes do paciente?
() DM1 () DM2 () DM Gestacional () LADA () MODY () Outros Tipos de Diabetes
3. Quais insulinas utiliza?

4. Utiliza qual apresentação de insulina?
() Frasco Ampola () Caneta (**PULE PARA A PERGUNTA 8**)
5. Paciente conhece a técnica correta para agitar a insulina NPH?
() Sim () Não () Paciente não usa NPH
6. Sabe misturar insulinas? (caso paciente utilize frasco ampola)
() Não se aplica () Sim () Não () usa separadamente.
7. O paciente sabe utilizar seringas com diferentes escalas?
() Sim () Não
8. O paciente sabe utilizar CANETA de insulina (inclusive troca de agulhas) ?
() Sim () Não
9. O paciente aspira a insulina até a marca correta da seringa/caneta?
() Sim () Não
10. Paciente sabe sua posologia prescrita?
() Sim () Não
11. O paciente sabe utilizar CANETA LANCETADORA (inclusive a necessidade da troca de lancetas)?
() Sim () Não
12. Quais locais de aplicação o paciente aplica insulina?
() Umbigo () Coxas () Braços () Nádegas () Outros
13. Ele conhece todos os locais de aplicação?
() Sim () Não () Conhece a maioria dos locais de aplicação



| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

14. O paciente faz a prega?
 Sim Não Não se aplica
15. O paciente faz rodízio de aplicação?
 Sim Não
16. Sabe que só deve repetir o local de aplicação a cada 14 dias?
 Sim Não - Orientar quanto técnicas para garantir tempo mínimo entre aplicações.
17. Paciente apresenta lipodistrofia?
 Sim Não
18. Sabe que pode armazenar insulina por 4 a 8 semanas após a data de abertura e o início de uso, fora da geladeira (evitando exposição ao sol ou lugares com calor ou frio excessivo)?
 Sim Não
19. Sabe que Não é recomendável guardar a caneta recarregável em geladeira
 Sim Não
20. Local que armazena insulina de estoque:
 No freezer Na Porta da geladeira prateleiras do meio, nas da parte inferior, ou na gaveta de verduras, longe das paredes, na embalagem original
Orientar quanto ao armazenamento da insulina, conforme a bula do produto que o paciente utiliza.
21. Quando foi realizado o último exame de Hemoglobina glicada?
 menos de 3 meses mais de 3 meses
(caso o paciente tenha realizado o exame há mais de 3 meses fazer a solicitação via GERCON - "Dosagem de hemoglobina glicosilada (HbA1C)") - Recomendação: A HbA1c deve ser medida rotineiramente (geralmente a cada 3 meses até que metas individualizadas aceitáveis sejam alcançadas e, então, não menos que a cada 6 meses).
22. O paciente conhece os objetivos do tratamento, que incluem a manutenção das concentrações de HbA1c <7%, se isso puder ser alcançado sem hipoglicemia significativa ou outros efeitos adversos do tratamento (Faixas-alvo mais altas são recomendadas para crianças e adolescentes e são apropriadas para indivíduos com expectativa de vida limitada, doenças comórbidas extensas, histórico de hipoglicemia grave e complicações avançadas.) ?
 Sim Não

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

23. Quando foi realizado o último exame de albumina e de creatinina (A albumina urinária deve ser medida anualmente em adultos com diabetes usando a relação albumina: creatinina na urina matinal, relação albumina-creatinina (RAC))?

() menos de 1 ano () mais de 1 ano

(caso o paciente tenha realizado o exame há mais de 1 ano fazer a solicitação via GERCON “CREATININA EM AMOSTRA” e “MICROALBUMINURIA”).

RAC > 30 mg/g de creatinina e pressão arterial elevada, ou;

RAC > 300 mg/g independente da pressão arterial

ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO NA UNIDADE SAÚDE DE REFERÊNCIA

Exemplo:

Valor encontrado de Creatinina na amostra = 120 mg/dL

Valor encontrado de Microalbuminúria na amostra (mg/L) = 60,0 mg/L

Creatinina Urinária (g/L) = $\frac{\text{Valor encontrado de Creatinina}}{100}$

Creatinina Urinária (g/L) = $\frac{120 \text{ mg/dL}}{100} = 1,2 \text{ g/L}$

Microalbuminúria / Creatinina (mg/g) = $\frac{\text{Microalbuminúria (mg/L)}}{\text{Creatinina (g/L)}}$

Microalbuminúria / Creatinina (mg/g) = $\frac{60,0 \text{ mg/L}}{1,2 \text{ g/L}} = 50,0 \text{ mg/g}$

24. O paciente sabe que o valor limítrofe para HIPOglicemia é 70 mg/dL?

() Sim () Não - Explicar manejo

25. O paciente sabe que o valor limítrofe para HIPERglicemia é 300 mg/dL?

() Sim () Não - Explicar manejo

26. Valor glicemia no momento da consulta: _____ mg/dL (Caso necessário encaminhar para atendimento médico)

27. O paciente sabe descartar seringas ou agulhas de caneta e lancetas? (Orientar)

() Sim () Não

Descrever demais orientações e encaminhamentos:

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

**ANEXO III
TERMO DE RECEBIMENTO E GUARDA DO APARELHO GLICOSÍMETRO**

Link para impressão:

<https://drive.google.com/drive/folders/1KvJMXuCNO8LtQVP2ERbsNymuFNJ8CQ12>



TERMO DE RECEBIMENTO E GUARDA DO APARELHO GLICOSÍMETRO

DADOS DO USUÁRIO:

Nome: _____

CPF: _____ Cartão SUS: _____

DADOS DO PORTADOR: (Preencher somente se a retirada por familiares e/ou terceiros)

Nome do responsável pela retirada: _____

CPF: _____

DADOS DO APARELHO DE GLICEMIA:

Fornecedor: *ROCHE* Modelo: *ACCU-CHECK GUIDE* N° série: _____

Declaro ter recebido nesta data, para utilização pelo usuário acima registrado, o monitor de glicemia (aparelho) para o automonitoramento em domicílio e comprometo-me a utilizá-lo estritamente de acordo com as orientações contidas no respectivo Manual de Instruções bem como a zelar por sua guarda e conservação.

Declaro, também, estar ciente da necessidade de devolvê-lo em perfeitas condições de uso à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, nos casos de óbito, descontinuidade orientada pelo médico ou mudança de cidade e/ou estado da federação. E nos casos de chamamentos para troca de modelo e marca quando necessário.

Declaro, ainda, ter recebido uma via do "Termo de Recebimento e Guarda do Aparelho Glicosímetro" e uma via do "Guia de Uso do Aparelho Glicosímetro".

Assinatura do paciente/responsável

Porto Alegre, _____ de _____ de 20____.

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

**Anexo IV
INSTRUÇÕES DE COMO USAR A CANETA (NPH OU REGULAR)**

Link para impressão:

[https://drive.google.com/file/d/1t3yHcWsYG1SljLg6myDDDyZdBmkMgfx/view?usp=shari
ng](https://drive.google.com/file/d/1t3yHcWsYG1SljLg6myDDDyZdBmkMgfx/view?usp=sharing)

⚠️ CADA NÚMERO DO INDICADOR EQUIVALE A UMA UNIDADE DE INSULINA. NÚMEROS ÍMPARES NÃO APARECEM, ELES SÃO REPRESENTADOS POR UM TRAÇO (—).
ATENÇÃO A DOSE PODE SER CORRIGIDA PARA MAIS OU PARA MENOS, GIRANDO O SELETOR DE DOSE EM QUALQUER DIREÇÃO.

VERIFIQUE SE O LOCAL DE APLICAÇÃO ESTÁ LIMPO. INSIRA A AGULHA DE FRENTE PARA A PELE EM ÂNGULO RETO E APERTE O BOTÃO INJETOR ATÉ "0" (ZERO). MANTENHA DURANTE 10 SEGUNDOS. RETIRE A AGULHA DA PELE.



QUARTO PASSO - DESCARTE DAS AGULHAS QUANDO **HOUVER MAIS APLICAÇÕES** NO DIA, TAMPE A CANETA COM A TAMPA AZUL PARA USAR A MESMA AGULHA NO RESTO DO DIA. QUANDO **NÃO HOUVER** MAIS APLICAÇÕES NO DIA, COLOQUE A TAMPA EXTERNA (transparente) NA AGULHA E QUANDO A AGULHA ESTIVER TAMPADA, DESENROSQUE A AGULHA E DESCARTE-A NUMA GARRAFA PLÁSTICA PARA ENTREGAR EM UMA UNIDADE DE SAÚDE.

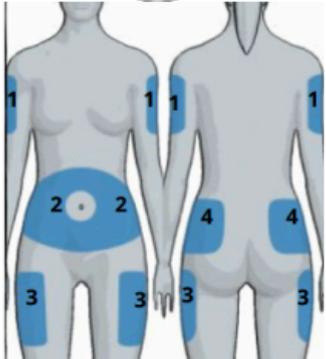


10 DEPOIS DE TIRAR A AGULHA, TAMPE A CANETA E GUARDE **FORA DA GELADEIRA**.



LOCAIS DE APLICAÇÃO

⚠️ ATENÇÃO REVEZAR OS LOCAIS DE APLICAÇÃO






PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**COMO USAR SUA
CANETA DE INSULINA**




ESCANEE O QR CODE PARA ACESSAR O FOLDER DIGITAL

MATERIAL PRODUZIDO PELOS ESTAGIÁRIOS DA FARMÁCIA DISTRITAL MODELO
BÁRBARA SILVEIRA DA SILVA,
MARIA EDUARDA DA SILVEIRA MENDONÇA,
VIRGINIA VILLA VERDE COSTA RODRIGUES
FARMACÊUTICOS COLABORADORES:
JONAS PEREIRA MALLMANN
VICTOR DE SOUZA BORGES

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

PRIMEIRO PASSO - ARMAZENAMENTO



A **CANETA FECHADA** DEVE SER GUARDADA NA GELADEIRA.

A **CANETA EM USO** DEVE SER GUARDADA EM LOCAIS SECOS E LIMPOS COMO UMA GAVETA NO QUARTO OU NA SALA.

NÃO GUARDAR A CANETA EM LOCAIS COM ALTA FONTE DE CALOR COMO A COZINHA OU DE UMIDADE COMO O BANHEIRO. MANTER PROTEGIDO DA LUZ SOLAR.

SEGUNDO PASSO - PREPARAR A CANETA

1 OBSERVE QUAL SEU TIPO DE INSULINA.



SE FOR UTILIZAR A INSULINA NPH, AGITE A CANETA LEVEMENTE PARA CIMA E PARA BAIXO 20 VEZES ATÉ QUE A INSULINA FIQUE MISTURADA.



2 PEGUE UMA AGULHA NOVA E REMOVA O LACRE.



3 ROSQUEIE A AGULHA NA CANETA ATÉ FIRMAR.



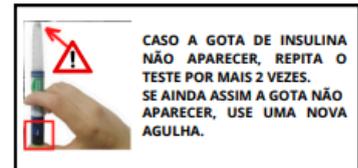
4 RETIRE A TAMPA DE FORA (MAIOR) E GUARDE. RETIRE A TAMPA INTERNA (MENOR) E DESCARTE.



5 PARA CONFERIR SE A CANETA E AGULHA ESTÃO FUNCIONANDO BEM, GIRE O SELETOR ATÉ O NÚMERO 2.



APONTANDO A CANETA COM A AGULHA VIRADA PARA CIMA, PRESSIONE O BOTÃO INJETOR. UMA GOTA DEVE APARECER NA PONTA DA AGULHA E O SELETOR DE DOSE DEVE RETORNAR AO "0" (ZERO)



TERCEIRO PASSO - APLICAR A DOSE
OBSERVE SE O SELETOR RETORNOU AO "0" (ZERO) E ENTÃO GIRE O SELETOR DE DOSE PARA SELECIONAR AS UNIDADES QUE VOCÊ PRECISA INJETAR.



| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

**ANEXO V
DIÁRIO PARA CONTROLE GLICÊMICO**

Link para impressão:

https://documentcloud.adobe.com/gsuiteintegration/index.html?state=%7B%22ids%22%3A%5B%221ZvSRvdDY_DSiotHc70l3FGk0U8gc1Rlq%22%5D%2C%22action%22%3A%22open%22%2C%22userId%22%3A%22112311649051174251601%22%2C%22resourceKeys%22%3A%7B%7D%7D

| MÊS: | | ANO: | | | | | |
|------|---------------|-----------|--------|-----------|-------|-----------|------------------------------|
| DIA | CAFÉ DA MANHÃ | | ALMOÇO | | JANTA | | ANTES DE DORMIR OU MADRUGADA |
| | JJUM | 2H DEPOIS | ANTES | 2H DEPOIS | ANTES | 2H DEPOIS | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | |

| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

ANEXO VI CARTEIRA PMDID

Link para impressão:

<https://drive.google.com/drive/folders/1KvJMxuCNO8LtQVP2ERbsNymuFNJ8CQ12>

O QUE PODE ACONTECER SE EU NÃO CUIDAR A DIABETES?



O QUE PODE ACONTECER SE EU NÃO CUIDAR A DIABETES NA GESTAÇÃO?



Paciente: _____

Local de retirada: _____

Próximas retiradas

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



PROGRAMA MUNICIPAL DE INSUMOS PARA DIABETES



CARO USUÁRIO, NINGUÉM É CULPADO PELA PRÓPRIA DOENÇA. Se cuide e viva feliz.

Elaborado por **Nicolas Guimarães dos Santos, Acadêmico de Farmácia, UFRGS;**
Colaboradoras: **Juliana de Almeida Vargas, Enfermeira residente HCPA;**
Tamires A. C. Becker, Farmacêutica PMPA.

O QUE É A DIABETES?

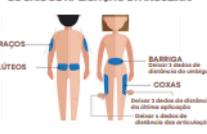
É a diminuição da capacidade do organismo de utilizar o açúcar (carboidratos) consumido nas refeições, elevando o nível de glicose no sangue. Isso ocorre por conta de incapacidade da insulina fazer seus efeitos no organismo de maneira adequada.

Após a avaliação e confirmação da doença pelo médico, o tratamento deve ser iniciado imediatamente. O tratamento para diabetes envolve atividades físicas, alimentação saudável, medicamentos e quando necessário a insulina.

O QUE É A INSULINA?

A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas que faz com que a glicose do sangue entre nas células para ser utilizada como fonte de energia.

LOCALS DE APLICAÇÃO DA INSULINA:



Todos esses locais são seguros para aplicar a insulina. Faça sempre o rodízio, pois isso melhora a ação da insulina e controla a glicose.

O QUE EU POSSO SENTIR QUANDO ESTIVER COM O AÇÚCAR MUITO BAIXO NO SANGUE? (HIPOGLICEMIA <math>70mg/dL</math> OU MENOS)

Sintomas mais comuns:

- Tremor
- Suor
- Coração acelerado
- Tontura
- Palidez
- Fraqueza
- Pensamento lento ou confuso
- Graves: desmaio, convulsão ou coma

QUAL A FORMA DE APRESENTAÇÃO DAS INSULINAS?



Frasco (ampola) Caneta de Insulina

O QUE EU POSSO SENTIR QUANDO ESTIVER COM O AÇÚCAR MUITO ALTO NO SANGUE? (HIPERGLICEMIA <math>300mg/dL</math>)

Sintomas mais comuns:

- Muita Sede
- Muita Fome
- Cansaço
- Visão embaçada
- Perda de peso inexplicada
- Vontade de urinar com muita frequência
- Dor ou dormência principalmente nas pernas
- Dificuldade na cicatrização de machucados (podem levar a amputações)

E O QUE FAZER NESSE CASO?



Beber 1 copo de água com 1 colher de sopa de açúcar OU Comer 3 batatas com açúcar OU Beber 1 copo de suco de fruta ou de refrigerante normal

Aguarde 15 minutos para verificar a glicemia.

Caso a próxima refeição não vá acontecer em até uma hora após o ocorrido, deve-se antecipar a mesma, seja ela café da manhã, almoço, jantar ou lanches.

AS INSULINAS REGULAR E NPH SÃO FORNECIDAS DE GRÁTIA PELO SUS NAS UNIDADES DE SAÚDE E FARMÁCIAS DISTRITAIS



| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

ANEXO VII

Instruções de Uso da Caneta Lancetadora

Link para impressão:

https://drive.google.com/file/d/19-yu63odA2_k1_NccJOukipJW6N2_CXY/view

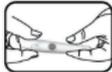


Instruções de Uso:

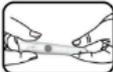
1. Lave as mãos com água e sabão neutro e as seque bem.
2. A parte central do lancetador é rosqueável e ao gira-la no sentido horário e empurrar a alavanca abre-se o dispositivo. Encaixe a lanceta no lancetador, mantendo o lacre protetor na base. Remova o lacre da lanceta com cuidado e feche o lancetador, girando no sentido anti-horário.



3. Na parte da frente do lancetador existe uma numeração de 0 a 9, que é proporcional a profundidade da incisão da lanceta. Gire esta parte do lancetador para ajustar a profundidade desejada. Sendo zero a menor profundidade e 9 a maior.



4. Puxe a parte móvel do lancetador na sentido contrário para armar/engatilhar o dispositivo. Ao ouvir um click, o lancetador está pronto para ser utilizado.



5. Posicione o dedo firmemente sob o lancetador, e dispare o gatilho (botão de disparo da lanceta). Em seguida, a amostra de sangue já está pronta para ser utilizada em seu teste. Após a conclusão do teste, limpe o local da punção com algodão ou tecido suave até parar de sangrar.



6. Remova a tampa e o colar de conexão lancetador e espete, com cuidado, a lanceta, utilizada e conectada junto ao lancetador, no lacre projetor. Por fim, remova a lanceta utilizando o sistema de ejeção, e descarte em local apropriado (frasco de plástico rígido com tampa). Este resíduo deve ser levado até sua unidade de saúde para a correta destinação final.



7. Assista ao vídeo, pelo QRcode ou link, com a demonstração do passo a passo da utilização do lancetador.

<https://www.youtube.com/watch?v=b7aCMD168vk>



Caso tenha alguma dúvida procure o farmacêutico nas farmácias distritais ou unidades de saúde com farmacêutico. Confira no verso os endereços e horários.

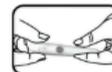


Instruções de Uso:

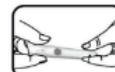
1. Lave as mãos com água e sabão neutro e as seque bem.
2. A parte central do lancetador é rosqueável e ao gira-la no sentido horário e empurrar a alavanca abre-se o dispositivo. Encaixe a lanceta no lancetador, mantendo o lacre protetor na base. Remova o lacre da lanceta com cuidado e feche o lancetador, girando no sentido anti-horário.



3. Na parte da frente do lancetador existe uma numeração de 0 a 9, que é proporcional a profundidade da incisão da lanceta. Gire esta parte do lancetador para ajustar a profundidade desejada. Sendo zero a menor profundidade e 9 a maior.



4. Puxe a parte móvel do lancetador na sentido contrário para armar/engatilhar o dispositivo. Ao ouvir um click, o lancetador está pronto para ser utilizado.



5. Posicione o dedo firmemente sob o lancetador, e dispare o gatilho (botão de disparo da lanceta). Em seguida, a amostra de sangue já está pronta para ser utilizada em seu teste. Após a conclusão do teste, limpe o local da punção com algodão ou tecido suave até parar de sangrar.



6. Remova a tampa e o colar de conexão lancetador e espete, com cuidado, a lanceta, utilizada e conectada junto ao lancetador, no lacre projetor. Por fim, remova a lanceta utilizando o sistema de ejeção, e descarte em local apropriado (frasco de plástico rígido com tampa). Este resíduo deve ser levado até sua unidade de saúde para a correta destinação final.



7. Assista ao vídeo, pelo QRcode ou link, com a demonstração do passo a passo da utilização do lancetador.

<https://www.youtube.com/watch?v=b7aCMD168vk>



Caso tenha alguma dúvida procure o farmacêutico nas farmácias distritais ou unidades de saúde com farmacêutico. Confira no verso os endereços e horários.



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção Primária
Coordenação de Assistência Farmacêutica



| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

**ANEXO VIII
MODELO DE ENCAMINHAMENTO**

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA DA SAÚDE
FARMÁCIA / UNIDADE DE SAÚDE _____

Porto Alegre, __ de ____ de _____.

ENCAMINHAMENTO

À (AO): _____

Prezado(a):

Encaminho o(a) paciente _____ que informa/apresenta

_____ para avaliação.

À disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Farmacêutico



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção Primária
Coordenação de Assistência Farmacêutica



| | | | |
|--------------|---|--------------|--------------------|
| POP Nº 18 | CONSULTA FARMACÊUTICA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA O DIABETES | VERSÃO 06 | DATA 25/10/2024 |
|--------------|---|--------------|--------------------|

CRFRS _____

Matrícula PMPA _____ (se houver)

ANEXO IX

TERMO DE DEVOLUÇÃO GLICOSÍMETRO

Atesto para devidos fins que _____
de CPF/CNS _____, devolveu o glicosímetro GUIDE SN _____
na US/FD _____.

Motivo: _____

Porto Alegre, ___ de _____ de 202__.

Farmacêutico (a)

Paciente/Responsável