SECRETARIA DA SAÚDE
Departamento de Assistência Integral à Saúde

PROTOCOLO

AUTOMONITORAMENTO DOMICILIAR DA GLICEMIA CAPILAR (AMGC)

Setembro/2018

Sumário

1. Introdução 3
2. Portaria nº 2583 de 10 de outubro de 2007..... 4
3. Automonitoramento domiciliar da glicemia capilar 5
4. Critérios de inclusão no Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC) do município de Guarulhos 5
5. Critérios de Exclusão do Programa de Automonitoramento Domiciliar da Glicemia Capilar (AMGC) do município de Guarulhos 6
6. Materiais a serem dispensados pelo município para o insulinodependente 6
7. Número de tiras reagentes de medida de glicemia capilar 7
8. Fluxo de cadastro no Programa de Automonitoramento Domiciliar da Glicemia Capilar do Município de Guarulhos 7
9. Fluxo de solicitação e dispensação dos insumos do Programa.....8
10. Orientações Gerais 9
11. Implantação de Grupo educativo para pacientes diabéticos insulinodependentes 10
12. Referências bibliográficas 13

1. Introdução

Estima-se que, mundialmente, o Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença que afeta 347 milhões, sendo que mais de 80% das mortes ocorrem em países de baixa e média renda. O DM possui alta incidência na população brasileira, revelando-se como um problema de grande importância social e para a saúde pública do País.

O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como: rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevida dos indivíduos com diabetes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco.

O diabetes mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo.

A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional.

Diabetes tipo 1: O DM tipo 1 é caracterizado por destruição das células beta que levam a uma deficiência de insulina.

- **Autoimune / DM Tipo 1A:** resultado da destruição imunomediada de células betapancreáticas com consequente deficiência de insulina.
- **Idiopático / DM Tipo 1B:** não há uma etiologia conhecida para essa forma de DM. Corresponde à minoria dos casos de DM1 e caracteriza-se pela ausência de marcadores de autoimunidade contra as células beta.

Diabetes tipo 2: O DM2 é a forma verificada em 90 a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose.

Outros tipos específicos de DM: Pertencem a essa classificação formas menos comuns de DM cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados.

Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG): Trata-se de qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação.

2. Portaria nº 2583 de 10 de outubro de 2007.

De acordo com a Portaria nº 2583 de 10 de outubro de 2007, que define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema único de Saúde, aos usuários portadores de Diabetes *Mellitus*, estabelece que os insumos a serem disponibilizados serão:

- seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina.

- tiras reagente de medida de glicemia capilar.

- lancetas para punção digital.

Esses insumos serão disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de Diabetes mellitus insulino dependentes e que estejam cadastrados no cartão SUS e/ou Programa para Diabéticos.

A prescrição para o automonitoramento será feita a critério da Equipe de Saúde responsável pelo acompanhamento do usuário portador de diabetes mellitus. As tiras reagentes de medida de glicemia capilar serão fornecidas mediante a disponibilidade de aparelhos medidores (glicosímetros). O fornecimento de seringas e agulhas para administração de insulina deve seguir o protocolo estabelecido para o manejo e tratamento do diabetes mellitus.

Os usuários portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes devem estar inscritos nos Programas de Educação para Diabéticos, promovidos pelas unidades de saúde do SUS, executados conforme descrito:

I - a participação de portadores de diabetes mellitus pressupõe vínculo com a unidade de saúde do SUS responsável pela oferta do Programa de Educação, que deve estar inserido no processo terapêutico individual e coletivo, incluindo acompanhamento clínico e seguimento terapêutico, formalizados por meio dos devidos registros em prontuário;

II - as ações programáticas abordarão componentes do cuidado clínico, incluindo a promoção da saúde, o gerenciamento do cuidado e as atualizações técnicas relativas a diabetes mellitus;

III - as ações devem ter como objetivos o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, a construção de habilidades e o desenvolvimento de atitudes que conduzam à contínua melhoria do controle sobre a doença, objetivando o progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações do diabetes mellitus.

3. Automonitoramento domiciliar da glicemia capilar

Os testes de glicemia podem ser realizados por meio de técnicas laboratoriais tradicionais executadas por laboratórios clínicos ou pela prática do automonitoramento domiciliar, que, quando realizada de modo racional, pode proporcionar uma visão bastante realista do nível do controle glicêmico durante todo o dia. 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 insulino-dependentes, aí compreendidos os portadores de diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que usam insulina e diabetes gestacional (DG).

A frequência diária recomendada do automonitoramento da glicemia capilar é recomendada em média de 3 a 4 vezes/dia.

Os portadores de diabetes tipo 1 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 antes (pré-prandial) e 2 horas após as refeições (pós-prandial) e ao deitar. O teste à noite é importante para a prevenção de hipoglicemias noturnas.

O controle glicêmico pode ser monitorado por glicemias de jejum, pré-prandial (antes das refeições), pós-prandial (após as refeições) e pela hemoglobina glicada (HbA1c). As glicemias são utilizadas para orientar o ajuste de dose da medicação empregada, uma vez que apontam os momentos no decorrer do dia em que ocorre falta ou excesso de sua ação. A HbA1c é o parâmetro utilizado para avaliar o controle glicêmico em médio e em longo prazos, pois reflete os níveis glicêmicos dos últimos dois/três meses.

4. Critérios de inclusão no Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC) do município de Guarulhos.

- usuário deve ser morador de Guarulhos.

- usuário deve possuir Cartão Nacional de Saúde (CNS) e estar matriculado em Unidade Básica de Saúde de referência.

- possuir prescrição médica para o uso de Insulina (com até 6 meses de emissão) e indicação médica para o Automonitoramento domiciliar da glicemia capilar. O médico deverá preencher o **Anexo 1** e encaminhar o paciente para consulta de enfermagem para o cadastro no Programa.

- no caso da gestante com alteração glicêmica, não há necessidade do uso de insulina. Deve-se ter a indicação médica para o automonitoramento domiciliar da glicemia capilar.

- o usuário deve participar dos Grupos Educativos. Condição essa de permanência do usuário no Programa (**Anexo 2**).

- É condição para o recebimento do glicosímetro estar de acordo com os critérios descritos neste protocolo, bem como estar favorável com a declaração de responsabilidade (**Anexo 3**), o qual oficializa a responsabilidade do usuário sobre o aparelho.

5. Critérios de Exclusão do Programa de Automonitoramento Domiciliar da Glicemia Capilar (AMGC) do município de Guarulhos.

- deixar de residir no município de Guarulhos.

- alta e óbito.

- gestantes que não necessitam mais de monitoramento após a gestação.

- deixar de comparecer nas consultas médicas e de enfermagem, sem justificativa.

- usuários com prescrições médicas de insulina vencidas (prescrição de insulina com mais de 6 meses de emissão).

- a não adesão a grupos educativos e ao tratamento prescrito.

- a não retirada de insumos por 3 meses consecutivos implicará no descadastramento do paciente do Programa.

6. Materiais a serem dispensados pelo município para o insulinodependente

- Aparelho monitor para dosagem de glicemia capilar (glicosímetro);

- Lancetas para coleta de sangue através de punção digital.

- Tiras reagentes para determinação de glicose.

- Seringas descartáveis com agulha.

- Recipiente para descarte de material perfuro cortante.

7. Número de tiras reagentes de medida de glicemia capilar

O município de Guarulhos fornecerá no máximo 4 tiras reagentes de medida de glicemia capilar/dia, totalizando 120 tiras/mês. Ressalto que será avaliado mensalmente mediante software específico o quantitativo de testes que o paciente efetivamente está utilizando.

Observação:

Para o recebimento dos insumos descritos há a necessidade de estar cadastrado no Programa (**Anexo 1**). A dispensação de insulina não está atrelada ao fornecimento dos insumos como exemplo: seringas, lancetas, entre outros.

8. Fluxo de Cadastro no Programa Automonitoramento Domiciliar da Glicemia Capilar do Município de Guarulhos.

O paciente que possuir prescrição médica do uso de insulina e indicação médica para o automonitoramento domiciliar da glicemia capilar (**Anexo 1**) deverá ser orientado a realizar uma consulta de enfermagem para o cadastro no Programa.

Após o cadastro do paciente a equipe de enfermagem deverá entregar cronograma dos Grupos Educativos. Os usuários portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes devem estar cadastrados no Programa de Educação para Diabéticos, promovidos pela Unidade de Saúde (**Anexo 2**).

De acordo com a Portaria n° 2583, de 10 de outubro de 2007, devem ser executados as seguintes ações:

I - a participação de portadores de diabetes mellitus pressupõe vínculo com a unidade de saúde do SUS responsável pela oferta do Programa de Educação, que deve estar inserido no processo terapêutico individual e coletivo, incluindo acompanhamento clínico e seguimento terapêutico, formalizados por meio dos devidos registros em prontuário;

II - as ações programáticas abordarão componentes do cuidado clínico, incluindo a promoção da saúde, o gerenciamento do cuidado e as atualizações técnicas relativas a diabetes mellitus;

III - as ações devem ter como objetivos o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, a construção de habilidades e o desenvolvimento de atitudes que conduzam à contínua melhoria do controle sobre a doença, objetivando o progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações do diabetes mellitus.

9. Fluxo de solicitação e dispensação dos insumos do Programa.

1° Passo: A unidade de saúde deverá preencher mensalmente a planilha padrão com os dados que são solicitados pela Região de Saúde. **Todos os campos da planilha são obrigatórios.**

Observação: A planilha é **padrão** e não deve ser inserido ou excluído campos. Deve-se respeitar as legendas. **Planilhas alteradas não serão consideradas.**

Legenda
Inclusão (paciente novo)
Exclusão (alta/óbito)
Transferência (p outra unidade)

Orientações do preenchimento dos campos

Prontuário: número de prontuário do paciente cadastrado (obrigatório)
Nome do paciente: nome do paciente cadastrado (obrigatório)
Data de nascimento: data de nascimento do paciente cadastrado (obrigatório)
Unidade: unidade básica de saúde do paciente cadastrado (obrigatório)
SUS: número do cartão nacional de saúde (CNS) (obrigatório)
Taxa de filtração glomerular: valor da TFG do paciente cadastrado, avaliar 1 vez ano ano (obrigatório)
Tipo de DM: tipo 1, tipo 2 ou gestacional (obrigatório)
Quantidade de testes: número de testes (obrigatório)
Insulina: tipo de insulina utilizada pelo paciente (NPH, Regular, outras) (obrigatório)
Manhã/Tarde/Noite: quantidade de insulina utilizada (valor número). Ex: 45, 10, 15 (obrigatório)
Data da receita médica: data da prescrição da insulina (validade de 6 meses) Ex: 11/02/2018 (obrigatório)
Observação: preenchimento automático (não preencher esse campo)
Data da consulta de renovação da receita: previsão da data de consulta médica para renovação da receita (obrigatório)
Resposta: não preencher, resposta enviada pela Secretaria da Saúde.

2° Passo: Encaminhar planilha padrão conforme **data estipulada** pelas Técnicas da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RDC) na Região de Saúde via email.

Região 1: rdccentro@gmail.com

Região 2: cronicascantareira@gmail.com

Região 3: rdcregiao3@gmail.com

Região 4: rdc.pimentascumbica@gmail.com

3° Passo: É de responsabilidade da Equipe de Saúde da Unidade a baixa no sistema de controle de insumos (ex: Jsaude) para o recebimento da cota. O gtenfermagem é responsável pelo cadastro de cotas do Programa para as unidades de saúde. A Unidade que apresentar estoque de insumos para o atendimento dos seus usuários não será contemplada na baixa programada.

4° Passo: A Unidade mediante planilha enviada pela Região de Saúde (com as alterações e cadastro dos novos pacientes) fará a entrega dos insumos no dia do Grupo Educativo. Na primeira entrega do glicosímetro o paciente deverá assinar o **Anexo 3**.

5° Passo: No dia do Grupo Educativo e de entrega de insumos deve ser avaliado o automonitoramento glicêmico do paciente mediante software específico. É obrigatório a leitura do automonitoramento mediante software. Orientar sempre que o paciente leve o glicosímetro no dia de leitura do automonitoramento.

6° Passo: A Equipe de saúde é responsável pela reavaliação do automonitoramento da glicemia capilar através do Grupo Educativo.

7° Passo: No dia do grupo e entrega dos insumos deverá haver registro em prontuário das quantidades dispensadas e ciência do paciente ou responsável pela retirada dos insumos. Poderá também ser utilizado o **Anexo 4**. Ressalto que o **Anexo 4** deverá ser colocado no prontuário do paciente.

Importante: No sistema de controle de insumos (Jsaude) há a possibilidade de solicitação de cota de baterias para os glicosímetros. Orientar os pacientes de que não retire a bateria do glicosímetro em casa e sim que leve o equipamento até a unidade para a troca.

8° Passo: A solicitação da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) deverá ser solicitada pelo menos 1 vez/ ano. É obrigatória a solicitação TFG na renovação após os 6 meses iniciais.

Transferência: Em caso de transferência de Unidade, a Unidade deverá informar mediante planilha padrão a Unidade que o insumo será transferido.

9º Passo: Informar utilizando o **Anexo 7** o mês que o paciente deve apresentar a receita médica para a para continuidade no Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar Domiciliar.

10. Orientação Gerais

- É de responsabilidade da Equipe de Saúde a orientação inicial quanto ao uso do glicosímetro.

- Para receber o Glicosímetro o paciente deverá Assinar a Declaração de Responsabilidade (**Anexo 2**) se responsabilizando pela integridade e devolução do aparelho, caso mude do município ou tenha alta quanto a prescrição.

- No caso de roubo/furto do glicosímetro o paciente deverá apresentar Boletim de Ocorrência para a solicitação de novo Equipamento.

- O paciente deverá no dia do Grupo Educativo levar seu equipamento (glicosímetro) para a verificação do número de testes realizados pelo paciente e avaliação da glicemia apresentada no monitoramento.

- Em caso de defeito, quebra e furto (mediante apresentação de B.O) o equipamento glicosímetro será trocado. Para isso enviar glicosímetro para a Região de Saúde aos cuidados das técnicas da RDC e email com a justificativa para a troca. A região de saúde providenciará a troca e encaminhamento do equipamento novo.

- Problemas relacionados ao software enviar email para as técnicas da RDC da Região de Saúde. A Região comunicará o GTenfermagem e Coordenador da RDC da Secretaria da Saúde, que fará o contato com a empresa. A Região comunicará a Unidade como será o procedimento adotado.

- Caso a planilha padrão enviada pela Unidade não contemple o número de testes prescrito para o paciente e/ou o status de receita esteja vencida o paciente não será contemplado. É obrigatória a atualização da data da receita médica **(Anexo 7)** a cada seis meses.

11. Implantação de Grupo educativo para pacientes diabéticos Insulinodependentes.

Justificativa: O DM exige um acompanhamento regular e sistêmico por uma equipe multiprofissional de saúde que ofereça os recursos necessários para que a pessoa com DM possa manejar a patologia, ou seja, manter o autocuidado necessário para evitar o agravo da doença. Dessa maneira, a educação em saúde se constitui a base para o manejo e o domínio da enfermidade. Programas de suporte educacional ao diabético e hipertenso podem ser uma forma efetiva de motivar o autocuidado e, assim minimizar os fatores de risco modificáveis.

Objetivo: educar pacientes diabéticos e seus familiares, sobre a autonomia no auto-cuidado, automonitoramento da glicemia capilar, prevenção de complicações e no gerenciamento do cuidado, buscando a melhoria de qualidade de vida da população.

População: pacientes diabéticos insulinodependentes cadastrados no Programa e seus familiares

Local: Unidade Básica de Saúde

Periodicidade: de acordo com o planejamento da unidade

Observação: a dispensação dos insumos deve ocorrer após a realização do grupo educativo.

Planejamento: As unidade de saúde deverão enviar as datas dos grupos educativos semestralmente para as técnicas da RDC da Região de Saúde.

Temas que podem ser abordados:

- Orientações gerais sobre o programa. Enfatizar que a entrega do insumo está atrelada a participação nos grupos educativos.

- Falar sobre a importância do processo educativo para o portador do Diabetes.

- O que é o Diabetes?

- Porque me tornei Diabético?

- Como faço o monitoramento da minha glicemia?

- Como usar o glicosímetro.

- Armazenamento e conservação de insulina.

- Aplicação da insulina e a importância da utilização correta das medicações.

- Alimentação

- Atividade física

- Feridas (pé diabético)

- Hipertensão

- Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia

- Obesidade

- Doença Renal

- Mudança no estilo de vida

- Tabagismo

- Saúde da Mulher

- Saúde do Homem

- Aceitação da doença.

- Avaliação do monitoramento da Glicemia capilar

Termo de adesão - Grupo educativo: Realizar a leitura para o paciente, pedir para que o mesmo assine. Arquivar em prontuário.

Automonitoramento da glicemia capilar domiciliar (AMGC): Entregar ao paciente planilha para o monitoramento da glicemia e solicitar que sempre traga no dia do Grupo Educativo (**Anexo 5**).

Minha Tabela de Medicamentos: Para os pacientes que possuem dificuldades para o entendimento dos horários de utilização das medicações (**Anexo 6**).

12. Referências bibliográficas:

1. Diretrizes SBD 2014-2015 - Epidemiologia e prevenção do diabetes *mellitus.*

2. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017.

3. Petermann et al. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. Saúde (Santa Maria), Santa Maria, Vol. 41, n. 1, Jan./Jul, p.49-56, 2015.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

5. Posicionamento Oficial SBD, SBPC-ML, SBEM e FENAD 2017/2018. Atualização sobre hemoglobina glicada (a1c) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais.

6. Posicionamento Oficial SBD nº 02/2017. Conduta terapêutica no diabetes tipo 2: algoritmo SBD 2017.

Anexo 1

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR DOMICILIAR (AMGC)

FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO E DE SOLICITAÇÃO DE INSUMOS – DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES

Nome:_____ Unidade: _____

Data de Nasc: ____/_____/_____ Sexo: ( ) F ( ) M Prontuário: _____

CNS:_____Telefone:(11)_____

Diabetes Mellitus: ( ) Tipo I ( ) Tipo II ( ) Gestacional

Insulina: ( ) NPH ( ) Regular ( ) outras: _____

Dose diária prescrita de insulina:

1-_____UI Horário: _____

2-_____UI Horário: _____

3-_____UI Horário: _____

4-_____UI Horário: _____

5-_____UI Horário: _____

6-_____UI Horário: _____

Resultado da última Hb1Ac: _____

Resultado da última TFG: _____

Automonitoramento Diário prescrito: n° de vezes/dia ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 outros: _____

Nome do médico prescritor:_____ CRM:_____

Nome da enfermeira responsável pelo cadastro: _____

Coren: _____

Anexo 2

TERMO DE ADESÃO À GRUPO EDUCATIVO PARA PACIENTES DIABÉTICOS

Eu _____, portador (a) do Cartão Nacional de Saúde (CNS) n°_____, estou ciente da minha responsabilidade e participação dos Grupos Educativos ou Orientação em Diabetes para o recebimento dos insumos do **Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar Domiciliar (AMGC),**

Guarulhos, _____ de _____de _____.

_____ _____

Assinatura do paciente Assinatura do profissional responsável

Anexo 3

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR DOMICILIAR (AMGC)

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PARA RETIRADA DE APARELHO GLICOSÍMETRO

Eu, _____,CPF: _____, CNS: _____Prontuário n°:_____, morador(a) da Rua: _____, n°_____, CEP:_____, Bairro: _____, Guarulhos, SP, declaro que recebi da Unidade de Saúde _____, CNES:_____ 1 (um) aparelho glicosímetro da marca IQUEGO GLUCOLEADER, na data de ____/_____/_____, número de série: _____, assim como orientação para o manuseio do equipamento, para o **Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar Domiciliar (AMGC),** conforme prescrição médica.

Assumo toda e qualquer **responsabilidade** pela utilização do glicosímetro recebido e me comprometo em devolver quando dispensado da utilização do mesmo ou sob qualquer outra circunstância (óbito, alta, mudança de município e por solicitação da unidade de saúde).

Estou ciente que este aparelho destina-se ao meu uso pessoal somente, de acordo com a orientação da Unidade de Saúde, não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros.

O equipamento (glicosímetro) entregue é um **empréstimo** para uso do paciente em tratamento.

Na ocorrência de roubo/furto o paciente deverá apresentar o Boletim de Ocorrência (B.O) na Unidade de Saúde de referência para a solicitação de novo equipamento.

Guarulhos, _____, de _____de _____.

Nome legível do paciente: _____

Assinatura do paciente/responsável: _____

Telefones: (11) _____/(11)_____/ (11)_____

Nome do responsável pela dispensação: _____

Carimbo: _____

Anexo 4

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR DOMICILIAR (AMGC)

FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO DE INSUMOS

Nome:_____**Prontuário:** _____

Dispensação do insumo para 30 dias:

Data: ____/_____/_____

Participação em grupo educativo: ( ) Sim ( ) Não

Total de n° de testes realizados pelo paciente de acordo com o software: _____

N° de tiras reagentes dispensadas: _____ N° de lancetas dispensadas: _____ Bateria: 1 unid. ( )

N° de seringas descartáveis dispensadas:_____ N° Recipiente para perfuro cortante: _____

Nome do paciente ou responsável pela retirada: _____

RG do paciente ou responsável pela retirada: _____

Assinatura do paciente ou responsável pela retirada: _____

Responsável pela dispensação: _____Carimbo:_____

Receita/Prescrição médica válida até: _____/_____/_____

Dispensação do insumo para 30 dias:

Data: ____/_____/_____

Participação em grupo educativo: ( ) Sim ( ) Não

Total de n° de testes realizados pelo paciente de acordo com o software: _____

N° de tiras reagentes dispensadas: _____ N° de lancetas dispensadas: _____ Bateria: 1 unid. ( )

N° de seringas descartáveis dispensadas:_____ N° Recipiente para perfuro cortante: _____

Nome do paciente ou responsável pela retirada: _____

RG do paciente ou responsável pela retirada: _____

Assinatura do paciente ou responsável pela retirada: _____

Responsável pela dispensação: _____Carimbo:_____

Receita/Prescrição médica válida até: _____/_____/_____

Anexo 5

AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR DOMICILIAR (AMGC)

Unidade: _____

Mês: _____/20____

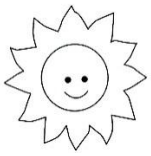
Nome: _____Prontuário:_____

Data	Jejum	2h após o café	Antes do almoço	2 h após o almoço	Antes do jantar	2h após o jantar	Ao deitar	Madrugada
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								

Atenção: Este mapa deve ser apresentado no dia de retira de insumos.

Anexo 6

Minha Tabela de Medicamentos

Medicamentos	**Amanhecer** 	**Café da manhã**	**Almoço**	**Jantar**	**Ao deitar**

Anexo 7

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR DOMICILIAR (AMGC)

AVISO ATUALIZAÇÃO RECEITA

Informo que o usuário Sr.(a)_____, CNS: _____Prontuário n°:_____, deve apresentar receita médica atualizada no mês de: _____/20____ para continuidade no **Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar Domiciliar (AMGC).**

Guarulhos, _____, de _____de _____.

Assinatura do paciente/responsável: _____

Nome do responsável pela dispensação: _____

Carimbo: _____

(via do usuário)

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR DOMICILIAR (AMGC)

AVISO ATUALIZAÇÃO RECEITA

Informo que o usuário Sr.(a)_____, CNS: _____Prontuário n°:_____, deve apresentar receita médica atualizada no mês de: _____/20____ para continuidade no **Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar Domiciliar (AMGC).**

Guarulhos, _____, de _____de _____.

Assinatura do paciente/responsável: _____

Nome do responsável pela dispensação: _____

Carimbo: _____

(via da unidade de saúde)

Elaborado por:

Coordenadora da Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas

Lígia Ortolani dos Santos

Rafaela Ferreira Alves de Castro

Grupo técnico responsável

Lígia Ortolani dos Santos - Nutricionista

Rejane F. de Lima Alves– Enfermeira

Mariana Martinez Pinto - Fisioterapeuta

Juliana de Melo – Fisioterapeuta

Dione Aparecida de Carvalho Paixão - Enfermeira

Nota Técnica

Orientações Unidades de Saúde

(Referente a implantação dos novos glicosímetros e software)

- **Não possuo ou esqueci meu login e senha, como devo procede?**
  Resposta: *Posso utilizar o seguinte login e senha (login: admin / senha: hmd@2010). Assim você pode ter acesso ao sistema e realizar cadastro de novo login/senha; basta procurar no link "Agente de Saúde" o seu nome já cadastrado.*

- **Suporte técnico para o software, como devo proceder?**
  Resposta: *você pode entrar em contato com o Sr. Alisson pelo tel: (11) 95975-5559 ou entrar em contato com a empresa HMD com os Srs. Rodrigo ou Emerson ou Luis pelo tel: 4304-5004.* **Casos que necessitem do técnico em loco para verificar problemas no sistema, a Unidade de Saúde deve encaminhar email para a técnica da Rede de Crônicos da sua Região de Saúde.**

  Região1: rdccentro@gmail.com

  Região 2: cronicascantareira@gmail.com

  Região 3: rdcregiao3@gmail.com

  Região 4: rdc.pimentascumbica@gmail.com

- **Como proceder quando há erro no cadastro do CPF do paciente?** *Neste momento está ocorrendo uma atualização no software automática, por conta de erro no cadastro, principalmente quando inserido o CPF, fique tranquilo este problema já está sendo resolvido com atualização automática do software. Caso este problema persista, por favor entrar em contato com o suporte técnico ou via email com a Região de Saúde*.

- **Troca de aparelho com defeito, como devo proceder?** *Basta enviar por malote o glicosímetro com defeito para a Região de Saúde. Imediatamente a Região de Saúde enviará novo glicosímetro para a Unidade de Saúde. Sempre que encaminhar glicosímetro para troca, encaminhar por email quantos glicosímetros estão sendo enviados para a Região de Saúde, assim como o número de série do equipamento.*

- **Troca de baterias, como devo proceder?** *Conforme já orientado no treinamento, as baterias trocadas pelas Unidades de Saúde deverão ser encaminhadas por malote para a Região de Saúde todo* ***dia 20 do mês****.*

- **Importante:** *Não deve ser feito nenhum contato direto com a empresa para a troca de glicosímetros ou baterias. O fluxo sempre será com a Região de Saúde.*

Orientações Regiões de Saúde

- Todas solicitações de suporte técnico enviadas pelas unidades de saúde devem ser repassadas para a Secretaria da Saúde, A/C Lígia responsável pasta da RDC via email. A Região de Saúde deve fazer contato com a empresa para suporte técnico via email:
  - renato.santanajr@outlook.com (Sr. Renato) / se95@hotmail.com (Sr. Alisson)
  O quantitativo das trocas de glicosímetros com defeito e de trocas de baterias devem ser enviados para a empresa com cópia para o gtenfermagem e RDC todo dia 25 do mês, via email: renato.santanajr@outlook.com (Sr. Renato) / se95@hotmail.com (Sr. Alisson)
- As trocas dos glicosímetros e baterias serão efetuadas em loco pela empresa nas seguintes datas:
  - 06/09
  - 05/10
  - 01/11
  - 07/12
- Importante salientar que a Região de Saúde deverá ficar com reserva técnica de 50 glicosímetros e 50 baterias, sempre que a Unidade de Saúde necessitar de aparelhos e baterias a Região de Saúde deverá encaminhar para a Unidade de Saúde utilizando sua Reserva Técnica.
- Para as trocas de glicosímetros com a Empresa a Região de Saúde deverá preencher o Formulário anexo em duas vias. Uma das vias ficará com a empresa e outra para a Região de Saúde (importante solicitar a assinatura de que está retirando por parte da empresa).

Anexo 8

Formulário para reposição de glicosímetros e devolução de baterias

Região de Saúde: _____ Data: _____

Responsável pela Troca (Região de Saúde): _____

Responsável pela Troca (Empresa): _____

Número total de glicosímetros para troca: _____

Relação dos números de séries dos glicosímetros:

N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**
N°	**N°**	**N°**

Quantidade de glicosímetros repostos pela empresa: _____

Número total de baterias devolvidas para empresa: _____

Número de baterias repostas pela empresa:_____

Data: _____/____/_____

Assinatura da empresa:

Assinatura da Região de Saúde: