

DAPAGLIFLOZINA

DIABETES MELLITUS TIPO 2

Portaria SCTIE/MS nº 54, de 11 de novembro de 2020

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10 mg (POR COMPRIMIDO)

CID contemplados

E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 31 comprimidos
- Para faturamento (SIGTAP): 31 comprimidos

Grupo de financiamento: 2 - Aquisições pelo Estado de Sergipe.

Observações: Conservar em temperatura ambiente (15°C a 30°C);

Idade mínima: 65 anos e doença cardiovascular estabelecida que não responderam ao tratamento otimizado com metformina e sulfonilureia.- [Portaria nº 75, de 26 de janeiro de 2021.](#)

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação:

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

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

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

3. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Documento de identidade e CPF;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Laudo/relatório médico contendo as seguintes informações: idade do paciente, presença de comorbidades e resposta aos tratamentos prévios.
- Glicemia de Jejum
- HbA1c

A critério médico do prescritor:

- Perfil lipídico;
- Creatinina sérica,
- Proteinúria;
- Fundoscopia.

ATENÇÃO: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

Documentos necessários para solicitação do medicamento

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

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

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

3. Cópia dos exames:

- Glicemia em jejum (semestralmente);
- Dosagem de HbA1C (semestralmente).

A critério médico do prescritor:

- Perfil lipídico;
- Creatinina sérica,
- Proteinúria;
- Fundoscopia.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se ao Centro de Atenção de Saúde de Sergipe – CASE, farmácia de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de Sergipe, para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

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

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

- I – [Declaração autorizadora](#);
- II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade e comprovante de endereço com CEP;
- III – Número de telefone do representante.