



**SISTEMA DE INFUSÃO CONTÍNUA DE INSULINA – SICI (BOMBA DE INSULINA)**

- Cartão SUS de Goiânia**
- Cópia dos documentos pessoais ( RG e CPF)**
- Comprovante de endereço**
- Receita Médica Original no formulário SUS com a consulta regulada** - com posologia, em 02 vias com validade trimestral. Os análogos de insulina deverão ser prescritos pelo Princípio Ativo e Insumos, com posologia completa (quantidade mensal).
- Relatório Médico original em formulário do SUS** - esclarecedor com: idade, Du razão da doença, resumindo a história clínica do paciente, informando o esquema anterior e atual utilizados, justificando a necessidade dos análogos de insulina e insumo em questão.
- Protocolo de Inclusão** - para o uso de SICI com preenchimento completo, assinado e carimbado pelo médico (Anexo II);
- Termo de Comprometimento** - para o uso de SICI com preenchimento completo, assinado e carimbado pelo médico, paciente e/ou responsável (Anexo III);
- Protocolo de Seguimento** - da SICI (Anexo IV), devidamente assinado pelo usuário e pelo médico assistente;
- Cadastro do Hiperdia** - comprovante preenchido pela Unidade de Saúde de vinculação ao Hiperdia, com assinatura, carimbo do profissional que preencheu especificando a Unidade do preenchimento (Anexo V);

**Xerox de exames complementares: (prazo máximo de 03 meses)**

**1- Diabéticos tipo 1**

Perfil lipídico (Colesterol total, HDL, LDL e Triglicérides)	Glicemia de jejum
Glicemia pós-prandial	Hemoglobina glicada
Uréia	EAS
Clearance de Creatinina (a partir do 5º ano da doença em menores de 11 anos e obrigatoriamente a partir de 11 anos)	
Proteinúria de 24horas ou microalbuminúria (a partir do 5º ano da doença em menores de 11 anos e obrigatoriamente a partir de 11 anos)	
Pesquisa de fundo de olho (a partir do 3º ano de doença em menores de 11 anos e obrigatoriamente a partir de 11 anos) – <b>Validade de um (01) ano.</b>	



**2- Diabéticos Tipo 2:**

Perfil Lipídico(Co- lesterol total, HDL, LDL e Triglicérides)	Glicemia de Je- jum	Glicemia Pós Prandial	Hemoglobina Gli- cada	Uréia	EAS
Clearance de Crea- tinina	Proteinúria de 24horas ou Microalbuminúria		Pesquisa de Fundo de Olho (Oftalmologista)		



**PREFEITURA  
DE GOIÂNIA**

**Secretaria Municipal de Saúde  
Superintendência de Gestão de Redes de Atenção a Saúde  
Diretoria de Redes Temáticas  
Gerência de Bens Não Padronizados**

**ANEXO II**

**PROTOCOLO DE INCLUSÃO PARA USO DO SISTEMA DE INFUSÃO CONTÍNUA DE INSULINA**

**1-Identificação do usuário:**

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F ( ) N° CI: \_\_\_\_\_ N° CPF: \_\_\_\_\_



**2-Endereço:**

Rua/ Av: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Qd \_\_\_\_\_ LT \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ ZZ \_\_\_\_\_

**3-Dados do Médico solicitante:**

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Endereço profissional: \_\_\_\_\_

**4-Dados do Usuário:**

Tabagismo: Sim ( ) Não ( ) IMC: \_\_\_\_\_  
Sedentarismo: Sim ( ) Não ( ) Hipertensão Arterial: Sim ( ) Não ( )  
Sobrepeso/obesidade: Sim ( ) Não ( ) Histórico de Bulimia: Sim ( ) Não ( )

**5-Dados da Diabetes:**

Tipo de DM: DM tipo 1 ( ) DM Tipo 2 ( ) DM + Gestação ( ) Outro ( )  
Data do Diagnóstico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
História de Hipoglicemia: Sim ( ) Não ( )  
Famíliares diabéticos: Sim ( ) Não ( )

**6-Presença de Complicações Crônica:**

Doença Cardiovascular: Sim ( ) Não ( ) Retinopatia Diabética: Sim ( ) Não ( )  
Pé Diabético: Sim ( ) Não ( ) Nefropatia Diabética: Sim ( ) Não ( )

**7-Indicações:**

Indivíduos com DM1 em tratamento intensivo com análogos de insulina de ação prolongada e ultrarrápida, num período de pelo menos três meses, independentemente da idade, se apresentarem pelo menos um dos critérios de inclusão abaixo, podem ser incluídos no Programa de dispensação de Sistema de Infusão Contínua de Insulina (bomba de insulina):

1. Hipoglicemias graves: pelo menos um episódio com o tratamento anterior, com perda de consciência e/ou crise convulsiva. Sim ( ) Não ( )
2. Hipoglicemias despercebidas (disautonomia), ou seja, aquela situação clínica em que o paciente não percebe os sintomas de hipoglicemia pela ausência de resposta neuroadrenérgica. Sim ( ) Não ( )
3. Controle metabólico instável, com oscilações glicêmicas extremas de difícil compreensão (Anexar cópia dos três últimos resultados da hemoglobina glicada A1c) Sim ( ) Não ( )
4. Complicações crônicas (microalbuminúria, retinopatia), comprovadas através dos exames laboratoriais e relatório médico. Sim ( ) Não ( )
5. Gestação em DM1 (idealmente no período da concepção). Sim ( ) Não ( )

\* O SICI a ser dispensado será aquele da marca disponibilizada pela SMS-Goiânia na ocasião da liberação.

MÉDICO AVALIADOR: \_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

**ANEXO III**

**INCLUSÃO PARA USO DO SISTEMA DE INFUSÃO CONTÍNUA DE INSULINA (SICI)**

**Termo de comprometimento para uso do SICI e Liberação de Informação Médica**

Eu, \_\_\_\_\_



autorizo a equipe ambulatorial do SICI a utilizar meus dados clínicos durante o período em que eu estiver vinculado (a) ao Ambulatório de SICI, com a exclusiva finalidade de futuros relatórios científicos.

Estou ciente de que, no tempo de terapia com o SICI, serei monitorado pela equipe e seguirei as recomendações recebidas. Se eu estiver em seguimento no serviço privado ou em outra Unidade de Saúde, o (a), meu (minha) Médico (a) será o (a) responsável por todas as condutas após a minha avaliação na SMS.

Assumo o comprometimento de devolver o SICI caso eu não preencher os critérios de seguimento para continuidade à terapia, conforme o protocolo SICI.

Confirmando que observarei as seguintes posições de habilidades quanto a:

- 1. Aprender a operar adequadamente o SICI
- 2. Monitorização da glicemia: número mínimo de 4 vezes ao dia
- 3. Utilizar os resultados da monitorização para correção das doses de insulina
- 4. Inserir, conectar e trocar a cânula e o cateter como recomendado.
- 5. Aderir à orientação para alteração dos locais de aplicação e dos kits de infusão
- 6. Proporcionar os cuidados necessários ao bom funcionamento do SICI
- 7. Comparecer as consultas programadas pelo médico ou pela equipe de apoio
- 8. Contar carboidratos
- 9. Calcular a relação insulina/carboidrato
- 10. Calcular as doses dos bolus de correção

**Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do usuário: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do (a) médico: \_\_\_\_\_

**ANEXO IV**

**PROTOCOLO DE SEGUIMENTO DA SICI**

1-Identificação do usuário:

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Qd: \_\_\_\_\_ Lt: \_\_\_\_\_

Setor: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Acompanhamento do Protocolo**

A avaliação dos pacientes em uso de sistema de infusão contínua de insulina deve ser realizada pela equipe multiprofissional, através:

1. Redução do número de episódios de hipoglicemias moderadas e graves (perda de consciência, convulsão e/ou necessidade de intervenção por terceiros) deve ser analisado, observando os seis últimos meses antes da instalação e comparado aos seis meses pós implantação do sistema. Sim ( ) Não( )

2.Redução do número de hipoglicemias (glicemia capilar menor que 70 mg/dL), conforme observado no glicosímetro através de verificação pelo SOFTWARE do aparelho, comparado com os três últimos meses antes do uso da SICI. Sim ( ) Não( )

3. Duas últimas dosagens da A1C, pré-instalação, comparadas com o resultado três e seis meses após o seu início, ocorrendo redução dos valores (encaminhar cópia das duas últimas A1C) . Sim ( ) Não( )



4.Habilidade para operar a SICI: (mínimo 08 positivo)

Autocontrole do DM: n° mínimo de 3x ao dia	Sim ( )	Não ( )
Utiliza resultados de auto-monitorização para a correção das doses de insulina	Sim ( )	Não ( )
Opera adequadamente o SICI	Sim ( )	Não ( )
Inserir e conecta a cânula	Sim ( )	Não ( )
Aderiu à frequência prescrita para alterações dos locais de aplicação e dos kits de infusão	Sim ( )	Não ( )
-Proporciona os cuidados necessários ao bom funcionamento do SICI	Sim ( )	Não ( )
Comparece às consultas programadas pelo médico e ou pela equipe profissional	Sim ( )	Não ( )
-Conta carboidratos	Sim ( )	Não ( )
Calcula a relação insulina/carboidrato	Sim ( )	Não ( )
Calcula doses dos bolus de correção	Sim ( )	Não ( )

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

**ANEXO V**

**CADASTRO NO HIPERDIA**

(preenchido pela Secretaria Municipal de Saúde)

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO ASSINATURA E CARIMBO