

## DAPAGLIFLOZINA

### Diabetes Mellitus Tipo 2

Portaria SCTIE/MS nº 54, de 11 de novembro de 2020 ([Protocolo na íntegra](#))

#### 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 São Paulo

**Observações:**

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

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.

# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

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

## Renovação da Continuidade

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico assistente do paciente, não sendo obrigatório ser médico endocrinologista (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.

DAPAGLIFLOZINA – DIABETES MELLITUS TIPO 2 (Atualizado em 13/12/2022)



## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, 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;

II – Número de telefone do representante.