

ANEXO II

Protocolo de Inclusão de Pacientes para Uso de Sistema Flash de Monitoramento Contínuo de Glicose (SFMG)

1- Identificação do usuário:

Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F

CPF: _____ RG _____ Cartão SUS _____

Nome do(a) responsável: _____

CPF (responsável) _____ RG (responsável) _____

Telefone _____ Celular _____

2- Endereço:

Rua: _____

Complemento _____ Bairro _____ Cidade _____

3- Médico solicitante: _____

CRM _____ CPF _____

Unidade de Saúde: _____

4- Histórico de diabetes:

Diabetes tipo 1 - Data do diagnóstico: ____/____/____

Insulinas: _____

Hipoglicemiante oral: _____

Último exame de Hb Glicada: Data ____/____/____ Valor (_____) %

Histórico de hipoglicemia? () Sim () Não

Familiares com diabetes? () Sim () Não

5- Informações complementares do paciente:

Peso: _____ Altura: _____ IMC _____

Atividade física regular: () Sim () Não Se sim, Qual? _____

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável: _____

Anexo III

Termo de Comprometimento para Inclusão no Programa de Monitoramento Contínuo da Glicose

Eu _____, autorizo a equipe ambulatorial do CEMDHI, vinculada à Secretaria de Saúde do Município de Uberaba, a utilizar os dados clínicos de meu filho(a)/ tutelado(a), conforme a lei, as condutas e ética vigentes, durante o período em que este(a) estiver vinculado(a) ao programa de controle de Diabetes do Município de Uberaba, com exclusiva finalidade de futuros relatórios científicos.

Estou ciente de que no período em que estiver em utilização do Sistema Flash de Monitoramento Contínuo de Glicose (SFMG), haverá o monitoramento pela equipe de saúde do município de Uberaba - CEMDHI e todas as recomendações recebidas deverão ser seguidas.

Assumo em devolver o aparelho SFMG e sensores por ora não utilizados, caso os critérios de inclusão para a continuidade do Monitoramento Contínuo da Glicose SFMG não sejam mais preenchidos.

Confirmo que observarei as seguintes posições de habilidades quanto à:

1. Aprender a operar adequadamente todo o Sistema Flash de Monitoramento Contínuo de Glicose (SFMG).
2. Considerando que a educação e informação fazem parte do controle adequado da diabetes, me comprometo a participar de cursos, palestras e treinamentos oferecidos pelo CEMDHI - Secretaria de Saúde de Uberaba em relação a Diabetes, monitoramento glicêmico, insulínização, alimentação e outros assuntos pertinentes, quando convidado por esta Secretaria, sendo que a não participação destes, pode demonstrar desinteresse e a possível exclusão do programa.
3. Me comprometo a realizar as leituras da glicose, por meio do dispositivo leitor e/ou aplicativo correspondente ao Sistema Flash de Monitoramento Contínuo de Glicose (SFMG), no mínimo 6 vezes ao dia, para que o sensor possa captar adequadamente os dados da glicose intersticial.
4. Me comprometo, a cada substituição do sensor em local designado, a levar o dispositivo leitor para que os dados sejam transferidos ao software de monitoramento indicado pela equipe do CEMDHI, permitindo a análise dos registros e a orientação sobre o manejo da glicose, bem como a implementação de ajustes terapêuticos, quando necessários.
5. Me comprometo a comparecer às consultas médicas e realizar os exames complementares solicitados, conforme o cronograma de acompanhamento proposto pelo meu médico e pelos protocolos estabelecidos pelo CEMDHI.
6. Recebi _____ sensor(es) do Sistema Flash de Monitoramento Contínuo de Glicose (SFMG) e _____ dispositivo(s) leitor(es) correspondente(s).

Uberaba, ____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável: _____

ANEXO IV**Termo de Responsabilidade para Retirada do Sistema Flash (Leitor e Sensor) de Monitoramento Contínuo de Glicose**

O paciente _____,
CNS: _____, RG: _____, representado neste
momento por _____,
RG: _____ e CPF: _____,
residente no endereço: _____ e
telefone de contato: () _____, recebeu da Farmácia CEMDHI
nesta data os seguintes insumos:

_____.

Estou ciente da minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do Leitor do Sistema Flash de Monitoramento Contínuo de Glicose (SFMG) a mim cedido, uma vez que esses insumos pertencem à Secretaria Municipal de Uberaba (MG). Da mesma forma, estou ciente de que este leitor se destina ao meu uso pessoal e intransferível, sendo vedada qualquer forma de empréstimo, cessão ou compartilhamento, devendo ser utilizado exclusivamente de acordo com as orientações fornecidas pela Equipe Multiprofissional do CEMDHI.

Em caso de furto, roubo, perda, dano ou qualquer outro tipo de extravio, não haverá substituição do leitor, independentemente da apresentação de Boletim de Ocorrência. Estou ciente de que o equipamento é de responsabilidade do paciente e que sua integridade é condição obrigatória para a continuidade no protocolo.

Estou ciente, ainda, de que a não apresentação do leitor a cada nova retirada de sensores junto à Farmácia do CEMDHI impedirá a liberação de novos sensores.

Uberaba - MG, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do responsável: _____

Assinatura (Farmácia CEMDHI): _____

ANEXO V

Protocolo de Gerenciamento de Pacientes Crônicos – Monitoramento Contínuo da Glicose (SFMG)

Objetivo: Aprimorar o controle glicêmico de crianças com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), por meio da monitorização contínua da glicose, visando à redução de episódios de hipoglicemia, internações e melhora dos indicadores clínicos.

Público: Crianças com DM1, com idade entre 4 anos e 9 anos, 11 meses e 29 dias.

► **Critérios de Inclusão**

- Diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1);
- Hemoglobina glicada (HbA1c $\geq 7\%$);
- Registro de episódio grave de hipoglicemia (< 40 mg/dL);
- Idade entre 4 anos e 9 anos, 11 meses e 29 dias;
- Histórico de alta frequência de internações ou reinternações por descompensação glicêmica.

► **Critérios de Manutenção**

- Tempo no Alvo (TIR) $> 70\%$;
- Redução mínima de 20% na HbA1c em relação ao valor inicial;
- Apresentação do índice GMI (Glucose Management Indicator);
- Redução do tempo em hipoglicemia para $< 20\%$ do total monitorado.

Os dados serão extraídos da plataforma digital de gestão de dados do paciente.

► **Critérios de Exclusão**

- Não atingimento dos critérios de manutenção após período de monitoramento;
- Tempo de uso do sensor inferior a 70% do período avaliado.

Ciência do Responsável

Uberaba - MG, ____ de _____ de 20____.

Nome do Paciente: _____

Assinatura do responsável: _____

Assinatura (Farmácia CEMDHI): _____

ANEXO VII

Questionário de Qualidade de Vida

Paciente: _____

1- Qual seu grau de conhecimento sobre o diabetes?

- ☐ Pouco conhecimento
- ☐ Conhecimento Moderado
- ☐ Muito Conhecimento

Por quê? (Opcional)

2- O diabetes limita sua vida. *

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem discordo nem concordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

Por quê? (Opcional)

3- Você se preocupa com as complicações do diabetes. *

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem discordo nem concordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

Por quê? (Opcional)

4- Você sente medo de hipoglicemias. *

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem discordo nem concordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

Por quê? (Opcional)

5- Você sente ou sentia incômodo ao realizar teste de glicose capilar (ponta de dedo). *

- ☐ () Discordo Totalmente
- ☐ () Discordo
- ☐ () Nem discordo nem concordo
- ☐ () Concordo
- ☐ () Concordo Totalmente

Por quê? (Opcional)

6- Monitorar seu diabetes em tempo real facilitará seu controle glicêmico. *

- ☐ () Discordo Totalmente
- ☐ () Discordo
- ☐ () Nem discordo nem concordo
- ☐ () Concordo
- ☐ () Concordo Totalmente

Por quê? (Opcional)

7- Melhorar seu controle glicêmico trará mais qualidade de vida a você e sua família. *

- ☐ () Discordo Totalmente
- ☐ () Discordo
- ☐ () Nem discordo nem concordo
- ☐ () Concordo
- ☐ () Concordo Totalmente

Por quê? (Opcional)

8- Para você é importante ter o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar. *

- ☐ () Discordo Totalmente
- ☐ () Discordo
- ☐ () Nem discordo nem concordo
- ☐ () Concordo
- ☐ () Concordo Totalmente

Por quê? (Opcional)

9- Participação em palestras e cursos sobre diabetes, alimentação saudável e exercícios físicos são importantes para seus cuidados do diabetes.*

- ☐ () Discordo Totalmente
- ☐ () Discordo
- ☐ () Nem discordo nem concordo
- ☐ () Concordo
- ☐ () Concordo Totalmente

Por quê? (Opcional)

10- Alguma informação que gostaria de compartilhar?

*Baseado na versão brasileira do *Diabetes Quality of Life Measure* (DQOL-Brasil).

Disponível: Brasil, F., Brasil, A. M. B., Souza, R. A. de P. e., Pontarolo, R., & Correr, C. J. (2015). Desenvolvimento da versão brasileira resumida do Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil-8). *Revista Brasileira De Epidemiologia*, 18(4), 943–952. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040021>