



PREFEITURA DE BENTO GONÇALVES
Secretaria Municipal de Saúde

Formulário de Solicitação de Glicosímetro e Fitas

Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Atesto, para os devidos fins, que o paciente supracitado está em tratamento para Diabetes Mellitus, **em uso contínuo de insulina.** CID10: _____

() DM TIPO I

() DM TIPO II

() em uso de 1 tipo de insulina

() em uso de 2 tipos de insulina

() DG - Data provável do parto: _____

() em uso de insulina

() sem uso de insulina

Solicito dispensação de fitas reagentes para medição de glicemia e glicosímetro, conforme descrito no protocolo municipal.

Quantidade diária de testes: _____

Nome do prescritor: _____ Telefone: _____

CRM: _____ UF: _____ Local de atendimento: _____

Assinatura do prescritor

Data: ____/____/____