



CONTRATO DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA DIABETE MELITO E CONTROLE DA DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS

Identificação do paciente

Nome completo: _____

Cartão SUS (CNS) nº _____ TEL: _____

RG. nº _____ PFJ nº _____

Nome da mãe: _____

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

Endereço: _____ Nº _____

Complemento _____ CEP: _____ Bairro: _____

Município: _____ UF: _____ Unidade de Saúde: _____

Identificação do prescritor

Nome completo _____ CRM _____

Endereço: _____ TEL: _____

Registro do contrato de fornecimento de glicosímetro para dosagem de glicemia capilar:

Estou ciente da minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do glicosímetro a mim cedido, uma vez que o mesmo **pertence à Secretaria de Saúde**.

Comprometo-me a devolver o glicosímetro, quando solicitado pela Secretaria de Saúde.

Estou ciente que o glicosímetro destina-se a **meu uso pessoal**, apenas na forma e segundo as indicações a mim fornecidas pela equipe da Unidade Básica de Saúde, **não estando autorizado a cedê-lo ou emprestá-lo** para uso de terceiros.

Estou ciente de que devo **devolver o glicosímetro**, à referida Unidade Básica de Saúde, caso não seja necessário o seu uso.

Estou ciente de que a **troca da bateria** do glicosímetro, quando necessária, é de minha responsabilidade.

Comprometo-me a elaborar e apresentar à Unidade Básica de Saúde o Boletim de Ocorrência em caso de perda ou roubo do glicosímetro.

Comprometo-me a utilizar corretamente os insumos fornecidos para o automonitoramento da glicemia capilar e a realizar as medições de acordo com a prescrição médica.

Estou ciente de que devo levar o glicosímetro para a retirada dos insumos, nas consultas com o farmacêutico ou sempre que solicitado pela equipe de saúde.

Comprometo-me a participar das atividades propostas pela equipe de saúde responsável pelo meu acompanhamento, entre elas: consulta médica, consulta de enfermagem, consulta farmacêutica, consulta em grupo, encontros educativos e grupo de exercício para a saúde.

Comprometo-me a **descartar seringas, agulhas e lancetas em caixa de descartes** cedidas pela Unidade Básica de Saúde e após preenchida a capacidade máxima desta caixa, **devolvê-la no mesmo local**.

Declaro estar ciente e de acordo com os termos acima e que o não cumprimento poderá acarretar a suspensão da quantidade de tiras fornecidas para o automonitoramento da glicemia capilar.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável