



## PROTOCOLO CLÍNICO DA DIRETORIA CLÍNICA DO HCFMB SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

PRC ENDO 002 PROTOCOLO DE HIPERGLICEMIA HOSPITALAR PARA  
PACIENTES NÃO CRÍTICOS - HCFMB



PRC ENDO 002 - PÁG.: 1/9 EMISSÃO: 26/03/2021 REVISÃO N° :

### 1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma comorbidade frequente nos pacientes hospitalizados, com prevalência que varia de 15-35%. Entretanto, em quase metade dos casos, esse antecedente é omitido nos prontuários ou mesmo desconhecido pelo paciente. Além disso, cerca de 10% dos indivíduos internados podem apresentar hiperglicemia por estresse, condição caracterizada pela elevação transitória e reversível da glicemia, em vigência de circunstâncias agudas, como trauma, cirurgia, medicações, choque ou infecções.

Durante a pandemia COVID-19, foi observado que pessoas com diabetes são mais vulneráveis para o desenvolvimento de complicações relacionadas à doença e a associação da terapia com glicocorticoides, em âmbito hospitalar, pode agravar a hiperglicemia em tais pacientes ou precipitar a hiperglicemia em pacientes normoglicêmicos.

Além disso, a **hiperglicemia hospitalar (HH)** em pessoas com e sem diabetes está associada ao aumento de complicações, maior mortalidade e maiores custos com cuidados de saúde.

Há evidências de que pacientes que permanecem com glicemia entre 140 e 180 mg/dL em ambiente hospitalar têm melhores desfechos. Em alguns casos selecionados, como o perioperatório de cirurgias eletivas, a meta pode ser ainda mais restrita, entre 100 e 140 mg/dL.

Contudo, o que se observa é que o tratamento ainda não é otimizado, o que contribui para descontrole glicêmico durante a internação. Diante disso, protocolos tornam-se ferramentas fundamentais para otimizar o tratamento da HH e, assim, reduzir a morbimortalidade e os consequentes custos aos serviços de saúde.

Em vista do aumento de pacientes com HH nos últimos meses, e o risco de complicações que esses pacientes estão expostos, optamos por realizar um protocolo, que objetiva auxiliar o manejo do controle glicêmico pelas equipes assistentes.

A hiperglicemia em pessoas hospitalizadas pode provocar sérias consequências nos desfechos clínicos, assim, todo paciente internado deveria ter a avaliação da glicose sérica. Trata-se de um exame de simples execução, barato e que pode auxiliar na recuperação de uma doença aguda ou procedimento cirúrgico.

Particular atenção deve ser direcionada ao paciente que será exposto a situações que predisponham o desenvolvimento da hiperglicemia. Terapias hiperglicemiantes como corticosteroides, octreotida, nutrição enteral (NE) e nutrição parenteral (NP) podem apresentar risco de hiperglicemia. Os glicocorticoides, por sua vez, podem precipitar hiperglicemia em pacientes hospitalizados sem o diagnóstico de diabetes, essa situação está associada ao risco de maior mortalidade comparada à hiperglicemia crônica.



## PROTOCOLO CLÍNICO DA DIRETORIA CLÍNICA DO HCFMB SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

PRC ENDO 002 PROTOCOLO DE HIPERGLICEMIA HOSPITALAR PARA  
PACIENTES NÃO CRÍTICOS - HCFMB



PRC ENDO 002 - PÁG.: 2/9 EMISSÃO: 26/03/2021 REVISÃO N° :

### 2. OBJETIVO

Padronizar o manejo do controle glicêmico de pacientes internados com hiperglicemia no HCFMB.

### 3. PÚBLICO ALVO

Médicos do Complexo Autárquico do HCFMB.

### 4. DIAGNÓSTICO DE HIPERGLICEMIA E MONITORAMENTO

Durante a internação, pessoas que serão expostas a terapias hiperglicemiantes devem ter o controle glicêmico à beira do leito por pelo menos 24-48 horas após o início das terapias.

Um valor de glicose sérica aleatória maior que 180mg/dL ou glicemia de jejum maior que 140 mg/dL já se considera hiperglicemia e, portanto, requer controle mais rigoroso com glicemia capilar ou hemoglicoteste (HGT) em horários determinados para confirmação diagnóstica. Segundo alguns estudos, a avaliação do HGT, antes das refeições e na hora de dormir, em pacientes com dieta oral, ou a cada 4 - 6 h, em pacientes que estejam em jejum ou com dieta enteral contínua, é suficiente para o diagnóstico e acompanhamento. Também, é conveniente a avaliação da creatinina e da hemoglobina glicada recente, de no mínimo 2-3 meses anteriores à hospitalização.

### 5. MANEJO FARMACOLÓGICO DA HH:

As Sociedades médicas recomendam a interrupção dos antidiabéticos orais e consideram a terapia com a insulina, padrão ouro, para o manejo farmacológico de pacientes internados, orientando a terapia com insulina subcutânea para pacientes estáveis e a insulina intravenosa em ambiente de cuidados intensivos.

#### 5.1. Regimes de insulina:

Na tentativa de mimetizar a fisiologia de uma pessoa sem diabetes, o regime insulínico basal-bolus está associado a menor risco de complicações intra-hospitalares e inclui a administração de insulina basal que pode ser um análogo de insulina de ação longa (glargina ou degludeca) ou insulina de ação intermediária (insulina NPH) administrada uma ou mais vezes ao longo do dia em combinação com uma insulina de ação rápida (insulina regular, análogos de insulina de ação rápida) administrada antes das refeições em pacientes que se alimentam por via oral. Eventualmente, doses corretivas da insulina de ação rápida podem ser necessárias quando a glicemia está muito acima das metas estabelecidas.



## PROTOCOLO CLÍNICO DA DIRETORIA CLÍNICA DO HCFMB SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

PRC ENDO **002** PROTOCOLO DE HIPERGLICEMIA HOSPITALAR PARA  
PACIENTES NÃO CRÍTICOS - HCFMB



PRC ENDO **002** - PÁG.: **3/9** EMISSÃO: **26/03/2021** REVISÃO N° :

Pacientes que nunca utilizaram insulina ou aqueles tratados com baixas doses, recomenda-se iniciar com uma dose diária total de insulina entre 0,3 e 0,5 UI/kg/dia. Desta dose, metade será usada como insulina basal (dividida em uma ou mais vezes ao dia) e a outra metade, para insulina de ação rápida, dividida três vezes ao dia antes das refeições (quadro 1).

### Quadro 1: Exemplo de cálculo de dose de insulina e a divisão de doses ao longo do dia

Indivíduo com 60kg tem a prescrição de 0,4Ui/kg/dia,  
Dose calculada é de 24UI (0,4 x 60 = 24).

- Metade desta dose (12UI) é usada para insulino terapia basal:
  - Se 1 vez ao dia → 12 UI
  - Se 2 vezes ao dia → 1/2 manhã e 1/2 à noite → 6UI cedo e 6UI à noite
  - Se 3 vezes ao dia → 4UI- 4UI-4UI (cedo, antes do almoço e às 22h)
- Metade (12UI) para a aplicação em bolus, antes das refeições:
  - 3 vezes ao dia: 4UI-4UI-4UI (insulina regular, prescrever 30 minutos antes das refeições)

*Observação: a insulina NPH tem duração de até 16 horas, portanto uma dose ao dia pode não ser suficiente para o controle*

A prescrição da insulina em doses mais baixas está reservada para pacientes com maior risco de hipoglicemia (idosos, portadores de insuficiência renal, consumo alimentar insuficiente ou nível de consciência oscilante).

Às pessoas que previamente faziam uso de insulina em doses mais altas (maior que 0,6 UI/kg/dia) recomenda-se a redução de 20% da dose diária total durante o período de internação, para prevenir episódios de hipoglicemia (Quadro 2).

### Quadro 2: Exemplo de cálculo de dose de insulina a partir da dose que fazia uso anteriormente:

Uso diário de insulina antes de internar:

Insulina NPH (28UI cedo e 20UI noite) → 48UI/ dia  
Insulina regular (4UI antes das refeições) → 12UI/dia



**Dose diária  
total de 60UI**

Redução de 20% (12UI) → nova dose diária de 48UI de insulina



## PROTOCOLO CLÍNICO DA DIRETORIA CLÍNICA DO HCFMB SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

PRC ENDO 002 PROTOCOLO DE HIPERGLICEMIA HOSPITALAR PARA  
PACIENTES NÃO CRÍTICOS - HCFMB



PRC ENDO 002 - PÁG.: 4/9 EMISSÃO: 26/03/2021 REVISÃO N° :

É importante entender que essas doses de insulina, são iniciais. Os ajustes destas serão feitos a partir da monitorização da glicose. Por exemplo, as necessidades de insulina podem diminuir rapidamente após a interrupção da corticoterapia e as doses de insulina devem ser ajustadas de acordo.

### 5.2. Metas de tratamento:

Conforme orientações da Associação Americana de Diabetes (ADA) e da Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos (AACE), recomendamos uma concentração de glicose de 140-180 mg/dL para a maioria dos pacientes não-criticamente enfermos com hiperglicemia.

Por outro lado, em pacientes paliativos, com comorbidades graves ou em ambientes de internação onde o monitoramento frequente da glicose não é viável, metas de glicose de até 200 mg/dL podem ser aceitáveis. Dessa forma, sugerimos que os alvos glicêmicos sejam individualizados de acordo com o estado clínico.

## 6. TERAPIA DE INSULINA E HIPOGLICEMIA

Tal como acontece com a hiperglicemia, a hipoglicemia em um paciente hospitalizado também está associada a desfechos insatisfatórios na internação e aumento dos custos relacionados aos cuidados com a saúde. Para evitar a hipoglicemia, sugerimos manter dieta e/ou aporte de glicose intravenosa (IV) conforme necessidades diárias. A manutenção de valores de HGT abaixo de 100 mg/dL, orienta-se reavaliar a terapia antidiabética.

Hipoglicemia é definida como glicemia menor que 70 mg/dL e também está associada a maior morbimortalidade devido a eventos cardiovasculares, como arritmias, isquemia e morte súbita. Isso ocorre especialmente quando se trata de evento grave, ou seja, glicemia menor do que 40 mg/dl. Dessa forma, ambas as situações – hiperglicemias e hipoglicemias – devem ser evitadas. Ela caracteriza-se por sintomas autonômicos e/ou neuroglicopênicos (quadro 3) e valor em queda da glicemia. Nesta situação orientamos realizar reposição de glicose.

Nos casos em que o paciente está consciente e não apresenta contraindicações para alimentar-se por via oral, dar 15g de glicose (que corresponde, por exemplo, a 3 ampolas de glicose a 50% ou 1 colher de sopa de açúcar em um copo de água). Nos pacientes inconscientes ou aqueles com contraindicação de ingestão oral, administrar 3 ampolas de glicose a 50% intravenosa. Em ambos os casos deve-se repetir o HGT após 15 minutos, e caso mantenha a hipoglicemia, repetir o procedimento. Idealmente, após a resolução do episódio hipoglicêmico e quando o paciente puder se alimentar, deve-se oferecer lanche contendo carboidratos e proteínas (leite com bolacha), após 30-40 minutos.



## PROTOCOLO CLÍNICO DA DIRETORIA CLÍNICA DO HCFMB SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

PRC ENDO 002 PROTOCOLO DE HIPERGLICEMIA HOSPITALAR PARA  
PACIENTES NÃO CRÍTICOS - HCFMB



PRC ENDO 002 - PÁG.: 5/9 EMISSÃO: 26/03/2021 REVISÃO Nº :

### Quadro 3: Sintomas de hipoglicemia.

SINTOMAS AUTONOMICOS	SINTOMAS NEUROGLICOPENICOS
Tremor	Parestesias (formigamento ou calor)
Ansiedade	Irritabilidade
Taquicardia, palpitações	Confusão mental
Sudorese e pele pegajosa	Dificuldade de raciocínio, da fala
Boca seca, fome	Sonolência, confusão mental
Palidez	Ataxia
Dilatação da pupila	Convulsão

## 7. CONSIDERAÇÕES NA ALTA HOSPITALAR

O ideal é na alta hospitalar seja prescrito o mesmo esquema terapêutico da internação, isto é, a reinstituição do regime de insulina pré-admissão ou medicamentos antidiabéticos orais e/ou injetáveis caso o controle glicêmico pré-admissão esteja aceitável e não haja contraindicação para seu uso continuado.

Em pacientes com hemoglobina glicada (HbA1c) na admissão entre 7% e 9%, a adição de pequena dose de insulina basal ou intensificação do regime de pré-admissão pode ser considerada. Contudo, pacientes com diabetes não controlado, a combinação de medicamentos antidiabéticos orais com insulina basal ou um regime de insulina basal-bolus, com ajuste para 80% da dose de internação pode ser eficaz na maioria dos pacientes.

Recomenda-se que os pacientes e acompanhantes, no momento da alta hospitalar, recebam instruções sobre o regime terapêutico do diabetes. Além disso, é importante orientar sobre a necessidade de seguimento médico ambulatorial para avaliação do controle glicêmico em curto prazo.

## 8. RESUMO DO PROTOCOLO



**PROTOCOLO CLÍNICO DA DIRETORIA CLÍNICA DO HCFMB  
SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA**

PRC ENDO 002 PROTOCOLO DE HIPERGLICEMIA HOSPITALAR PARA  
PACIENTES NÃO CRÍTICOS - HCFMB



PRC ENDO 002 - PÁG.: 6/9 EMISSÃO: 26/03/2021 REVISÃO Nº :

**PROTOCOLO HIPORGLICEMIA HOSPITALAR  
PACIENTES NÃO CRÍTICOS**

**DIAGNÓSTICO:** Glicemia capilar de jejum > 140mg/dl ou aleatória > 180mg/dl

**1** Solicitar: glicemia, hemoglobina glicada, creatinina. Aferir peso do paciente (kg)

**2** Prescrever dieta para diabético

**3** Horários de monitorização da glicemia capilar: 7h - 11h - 14h - 17h - 21h

**4** Paciente com diagnóstico prévio de Diabetes:

4.1 - Suspende antidiabéticos orais e observar glicemias capilares

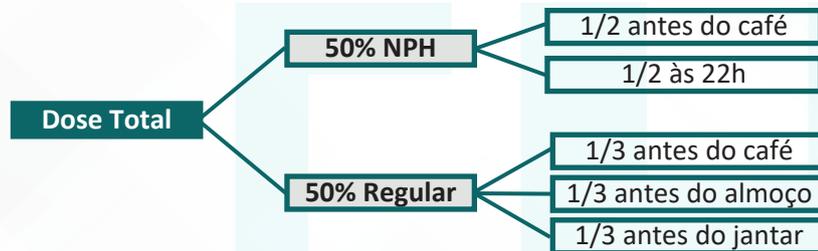
4.2 - Manter esquema de insulina domiciliar e observar glicemias capilares

**5** Pacientes com glicemias capilares > 180mg/dl (2 ocasiões):

5.1 - Indicar esquema de insulina basal **bolus**. Dose total diária: 0,2-0,5 UI/Kg

5.2 - Dieta para diabéticos, com lanche noturno (cuidado para não atrasar refeições)

5.3



5.4 - Meta glicêmica capilar: entre 140 e 180mg/dl

**6** Se hipoglicemia:

Hipoglicemia < 70 mg/dl ----- 3 ampolas glicose 50% (VO ou EV)

Repetir glicemia capilar em 15 minutos. Se mantiver hipoglicemia, repetir passo acima.

**7** Ajustes de insulina, conforme glicemias capilares

**Opção:** Se houver hipoglicemia, pelo menos dois episódios, reduzir 20% da dose total diária

Se glicemias > 180mg/dl, avaliar aumento de 20% da dose total diária

**8** Pacientes em jejum: Manter insulina NPH e suspender insulina Regular

Manter aporte de glicose EV conforme necessidade diária

**ENDOCRINOLOGIA**



## PROTOCOLO CLÍNICO DA DIRETORIA CLÍNICA DO HCFMB SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

PRC ENDO **002** PROTOCOLO DE HIPERGLICEMIA HOSPITALAR PARA  
PACIENTES NÃO CRÍTICOS - HCFMB



PRC ENDO **002** - PÁG.: **7/9** EMISSÃO: **26/03/2021** REVISÃO N° :

### 9. AUTORAS

Docentes da Disciplina de Endocrinologia e Metabologia da Faculdade de Medicina de Botucatu:

- Adriana Lúcia Mendes;
- Célia Regina Nogueira;
- Vânia dos Santos Nunes Nogueira.

Médicas do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do HCFMB:

- Fernanda Bolfi;
- Larissa Ariane De Nardi;
- Mayra Souza Botelho;
- Paola Jung Mendaçolli;
- Renata Giacomini Occhiuto Ferreira Leite

### 10. REFERÊNCIAS:

- American Diabetes Association. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. Diabetes Care.2019; 42 (Suppl.1):S173-81. doi:10.2337/dc19-S015
- Centers for Disease Control and Prevention. Diabetes Public Health Resource. Disponível em: <http://www.cdc.gov/diabetes/data/index.html>. Acessado em 27/02/2015
- Gosmanov AR, Goorha S, Stelts S, Peng L, Umpierrez GE. Management of hyperglycemia in diabetic patients with hematologic malignancies during dexamethasone therapy. Endocr Pract. 2013 Mar- Apr;19(2):231-5. doi: 10.4158/EP12256.OR.
- Korbel L, Spencer JD. Diabetes mellitus and infection: an evaluation of hospital utilization and management costs in the United States. J Diabetes Complications. 2015; 29(2):192-5. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2014.11.005
- M G Burt , S M Drake, N R Aguilar-Loza, A Esterman, S N Stranks, G W Roberts. Efficacy of a basal bolus insulin protocol to treat prednisolone-induced hyperglycaemia in hospitalised patients. Intern Med J. 2015 Mar;45(3):261-6. doi: 10.1111/imj.12680.



**PROTOCOLO CLÍNICO DA DIRETORIA CLÍNICA DO HCFMB**  
**SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA**

PRC ENDO **002** PROTOCOLO DE HIPERGLICEMIA HOSPITALAR PARA  
 PACIENTES NÃO CRÍTICOS - HCFMB



PRC ENDO **002** - PÁG.: **8/9** EMISSÃO: **26/03/2021** REVISÃO Nº :

- Momesso D, Tadashi M, Krakauer M, Miranda P, Sargaço R, Silicani R, et al. Guia de Bolso: Abordagem da Hiperglicemia Hospitalar em pacientes críticos e não críticos (com ou sem diabetes prévio) durante a pandemia da COVID-19. Sociedade Brasileira de Diabetes. 2021. Acessado em 18/03/2021. Disponível em: [https://www.diabetes.org.br/publico/images/Emkt\\_SBD\\_Diabetes\\_na\\_Era\\_COVID-19\\_Horizontal.pdf](https://www.diabetes.org.br/publico/images/Emkt_SBD_Diabetes_na_Era_COVID-19_Horizontal.pdf)

- Moreira E Jr, Silveira P, Neves R, Souza C Jr, Nunes Z, Almeida M: Glycemic control and diabetes management in hospitalized patients in Brazil. Diabetol Metab Syndr. 2013;5(1):62. doi: 10.1186/1758-5996-5-62.

- NICE-SUGAR Study Investigators, Finfer S, Chittock DR, et al. Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients. N Engl J Med 2009; 360:1283-97. doi: 10.1056/NEJMoa0810625.

- Pasquel FJ, Lansang MC, Dhataria K, Umpierrez GE. Management of diabetes and hyperglycaemia in the hospital. Lancet Diabetes Endocrinol. 2021 Mar;9(3):174-188. doi: 10.1016/S2213-8587(20)30381-8.

- Radhakutty A, Burt MG. Critical review of the evidence underlying management of glucocorticoid-induced hyperglycaemia. Eur J Endocrinol. 2018 Oct 1;179(4): R207-R218. doi: 10.1530/EJE-18-0315

- Rosa R, Nita ME, Rached R, Donato B, Rahal E. Estimated hospitalizations attributable to Diabetes Mellitus within the public healthcare system in Brazil from 2008 to 2010: study DIAPS 79. Rev. Assoc. Med. Bras. 2014;60(3):222-30. doi: 10.1590/1806-9282.60.03.010.

- Sathya B, Davis R, Taveira T, Whitlatch H, Wu W-C. Intensity of peri-operative glycemic control and postoperative outcomes in patients with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract 2013; 102:8–15. doi: 10.1016/j.diabres.2013.05.003.

- Sociedade Brasileira de Diabetes. Controle da glicemia no paciente hospitalizado. Posicionamento Oficial SBD nº 03/2015. [Internet]. Disponível

- em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/posicionamento-3.pdf>

- Umpierrez GE, Hellman R, Korytkowski MT, Kosiborod M, Maynard GA, Montori VM, et al. Management of hyperglycemia in hospitalized patients in non-critical care setting: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2012 Jan; 97(1):16-38. doi: 10.1210/jc.2011-2098.

- Umpierrez G, Cardona S, Pasquel F, Jacobs S, Peng L, Unigwe M, et al. Randomized controlled trial of intensive versus conservative glucose control in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: GLUCO-CABG trial. Diabetes Care 2015;38: 1665–1672. doi: 10.2337/dc15-0303.



**PROTOCOLO CLÍNICO DA DIRETORIA CLÍNICA DO HCFMB  
SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA**

PRC ENDO **002** PROTOCOLO DE HIPERGLICEMIA HOSPITALAR PARA  
PACIENTES NÃO CRÍTICOS - HCFMB



PRC ENDO **002** - PÁG.: **9/9** EMISSÃO: **26/03/2021** REVISÃO N° :

**11. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO**

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n CEP 18618-687 - Botucatu - São Paulo - Brasil Tel. (14) 3811-6218 / (14) 3811-6215 - E-mail qualidade_hc_fmb@unesp.br
<b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO</b>	

<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO</b>	
1.1. Título: PRC ENDO 002 - PROTOCOLO DE HIPERGLICEMIA HOSPITALAR PARA PACIENTES NÃO CRÍTICOS - HCFMB	
1.2. Área Responsável: Serviço de Endocrinologia	
1.3. Data da Elaboração: 26/03/2021 Total de páginas: 11 Data da Revisão: __/__/__ Número da Revisão:	
1.4. Autorização de Divulgação Eletrônica do Documento e Consentimento de Exposição de dado (nome completo) durante a vigência do documento: Eu, como autor e/ou revisor do documento citado, aprovo e autorizo a divulgação eletrônica do mesmo:	
Nome: Adriana Lúcia Mendes Função: Docente da Disciplina de Endocrinologia e Metabologia da Faculdade de Medicina de Botucatu  Assinatura:	Nome: Célia Regina Nogueira Função: Docente da Disciplina de Endocrinologia e Metabologia da Faculdade de Medicina de Botucatu  Assinatura:
Nome: Fernanda Bolfi Função: Médica do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do HCFMB  Assinatura:	Nome: Larissa Ariane De Nardi Função: Médica do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do HCFMB  Assinatura:

Nome: Mayra Souza Botelho Função: Médica do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do HCFMB  Assinatura:	Nome: Paola Jung Mendaçolli Função: Médica do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do HCFMB  Assinatura:
Nome: Renata Giacomini Occhiuto Ferreira Leite Função: Médica do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do HCFMB  Assinatura:	Nome: Vânia dos Santos Nunes Nogueira Função: Docente e Chefe da Disciplina de Endocrinologia e Metabologia da Faculdade de Medicina de Botucatu  Assinatura:

Elaboração do Termo: EnF Juliana S. Oliveira, Tatiane Biazon Rossi Benvenuto, EnF Cristiane R. Fortalezca Aprovevação Superintendência e Chefe de Gabinete do HC: Prof. Adj. André Luis Bato e Prof. Dr. José Carlos Trindade Filho.

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n CEP 18618-687 - Botucatu - São Paulo - Brasil Tel. (14) 3811-6218 / (14) 3811-6215 - E-mail qualidade_hc_fmb@unesp.br
<b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO</b>	

<b>2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO</b>	
Declaro que estou ciente e aprovo o conteúdo do documento: PRC ENDO 002 - PROTOCOLO DE HIPERGLICEMIA HOSPITALAR PARA PACIENTES NÃO CRÍTICOS - HCFMB. Aprovo também a divulgação do meu nome completo:	
Data: __/__/__	Assinatura:  Diretora Clínica: Dra. Marise Pereira da Silva

Elaboração do Termo: EnF Juliana S. Oliveira, Tatiane Biazon Rossi Benvenuto, EnF Cristiane R. Fortalezca Aprovevação Superintendência e Chefe de Gabinete do HC: Prof. Adj. André Luis Bato e Prof. Dr. José Carlos Trindade Filho.