



## CADASTRO DE HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO MS - HIPERDIA

PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

### IDENTIFICAÇÃO / DADOS CADASTRAIS

\*CNES:

\*NOME DA UNIDADE (COM LETRA DE FORMA):

FF Nº:	EQUIPE Nº:	CAD SUS:
--------	------------	----------

NOME (COM LETRA DE FORMA):	*DATA DE NASCIMENTO:
----------------------------	----------------------

\*NOME DA MÃE (COM LETRA DE FORMA):

NOME DO PAI (COM LETRA DE FORMA):

*ESCOLARIDADE:	*RAÇA/COR:	*NACIONALIDADE: BRASILEIRA   ESTRANGEIRA
----------------	------------	---

PAÍS DE ORIGEM:	DATA DE NATURALIZAÇÃO:	DATA DE ENTRADA NO PAÍS:	Nº PORTARIA:
-----------------	------------------------	--------------------------	--------------

*UF DE NASCIMENTO:	NOME DO MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:
--------------------	----------------------------------

*SITUAÇÃO FAMILIAR / CONJUGAL:	Nº CPF:
--------------------------------	---------

Nº IDENTIDADE:	COMPLEMENTO:	ÓRGÃO:	UF:	DATA DE EMISSÃO:
----------------	--------------	--------	-----	------------------

ENDEREÇO:

*UF:	*MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	ZONA: RURAL:   URBANA:
------	---------------------------	---------------------------

\*TIPO DE LOGRADOURO:

*NOME DO LOGRADOURO:	*Nº:
----------------------	------

*COMPLEMENTO:	BAIRRO:	CEP:	TELEFONE: DDD:
---------------	---------	------	-------------------

### ATENDIMENTO / DADOS CLÍNICOS

PAS / PAD:	IDADE GESTACIONAL: SEMANAS	*ALTURA (M):	IMC:
------------	-------------------------------	--------------	------

GLICEMIA (VALOR):	CAPILAR   EM JEJUM	*PESO:	CINTURA:
-------------------	--------------------	--------	----------

*HIPERTENSÃO	*FATORES DE RISCO AUTO REFERIDOS
--------------	----------------------------------

*DIABETES 1	ANTECEDENTES FAMILIARES DE HA / DM
-------------	------------------------------------

	SEDENTARISMO
--	--------------

*DIABETES 2	EX-FUMANTE
-------------	------------

*EXAMES	*PRESENÇA DE COMPLICAÇÕES AUTO REFERIDAS
---------	--

Hb GLICOSILADA (%):	TRIGLICERÍDEOS (mg dl):	IAM:	PÉ DIABÉTICO:
---------------------	-------------------------	------	---------------

CREATININA SÉRICA (mg /dl):	PROTEINÚRIA 24 HS (gr / 24HS):	AVC:	AMPUTAÇÃO POR DIABETES:
-----------------------------	--------------------------------	------	-------------------------

COLESTEROL TOTAL (mg / dl):	MICROALBUMINÚRIA (mg / 24HS):	ANGINA:	RETINOPATIA:
-----------------------------	-------------------------------	---------	--------------

LDL COLESTEROL (mg / dl):	ECG ALTERADO:	ICC:	CEGUEIRA:
---------------------------	---------------	------	-----------

HDL COLESTEROL (mg / dl):	URINA TIPO 1 ALTERADA:	DOENÇA RENAL CRÔNICA:	
---------------------------	------------------------	-----------------------	--

EXAME DE FUNDO DE OLHO ALTERADO:	
----------------------------------	--

ESCORE DE FRAMINGHAM RISCO DE DCV= %	ESTÁGIO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA (Cockcroft-Gault) VALOR DA FÓRMULA= ml / min
---	---

BAIXO	MODERADO	ALTO	0	1	2	3	4	5
-------	----------	------	---	---	---	---	---	---

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

| | NÃO MEDICAMENTOSO:

MEDICAMENTO E DOSE DIÁRIA	INSULINA	DOSE DIÁRIA (UI/d)
	NPH	
	REGULAR	
	ANÁLOGAS	
	AUTO MONITORAMENTO DOMICILIAR DA GLICEMIA INSUMOS (MENSAL)	
	TIRAS REAGENTE:	LANCETAS:
		SERINGAS:

**CONDUTAS**

VACINAÇÃO INFLUENZA (ANUAL): | | SIM | | NÃO | DATA DA APLICAÇÃO:

PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: | | SIM | | NÃO

TIPO DE SAÍDA	RETORNO	DATA	ASSINATURA
RETORNO	ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM		
	CONSULTA DE ENFERMAGEM		
	CONSULTA MÉDICA		
	VISITA DOMICILIAR		
	OUTROS:		

TIPO DE SAÍDA	ENCAMINHAMENTOS	DATA	ASSINATURA
	GRUPOS:		
	ESPECIALISTAS:		

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO :

CRM / COREN: