



FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO
MS - HIPERDIA

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

Nº CARTÃO SUS:

NOME: _____ DATA: _____

ATENDIMENTO / DADOS CLÍNICOS

PAS / PAD:	IDADE GESTACIONAL:	SEMANAS	*ALTURA (M):	IMC:		
GLICEMIA (VALOR):	mg / dl	CAPILAR	EM JEJUM	PÓS PRANDIAL	*PESO:	CINTURA:
*HIPERTENSÃO		*FATORES DE RISCO AUTO REFERIDOS				
*DIABETES 1		ANTECEDENTES FAMILIARES DE HA / DM		SEDENTARISMO		
*DIABETES 2		TABAGISMO ATUAL		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=			
BAIXO MODERADO ALTO			ml / min			
			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: _____