

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
Enfermeiro Responsável: _____ Data de Recebimento no CIS: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____ Identidade: _____
Telefone: _____ Data Nasc.: _____ CNS: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - DIABÉTICO

Quadro clínico do usuário		
Classificação de pré-diabetes		
<input type="checkbox"/> Glicemia de jejum alterada: ≥ 100 a < 126 mg/dl <input type="checkbox"/> Tolerância diminuída à glicose: teste oral de tolerância à glicose de 140 - 200 mg/dl na 2ª hora.		
Diagnóstico		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)		
Classificação do controle metabólico		
<input type="checkbox"/> Adequado: hemoglobina glicada $\leq 7\%$ (considerar $\leq 8\%$ para idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, e na dependência de considerações psicossocioeconômicas) <input type="checkbox"/> Inadequado: Hemoglobina glicada $> 7\%$ (considerar $> 8\%$ para idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, e na dependência de considerações psicossocioeconômicas)		
Classificação de controle pressórico		
<input type="checkbox"/> Adequado: pressão arterial $\leq 130/80$ mmHg <input type="checkbox"/> Inadequado: pressão arterial $>130/80$ mmHg		
Internação por complicação aguda		
<input type="checkbox"/> Hipoglicemia <input type="checkbox"/> Cetoacidose <input type="checkbox"/> Síndrome hiperosmolar não cetótica		
Complicação crônica		
Microangiopatia	Macroangiopatia	
<input type="checkbox"/> Retinopatia diabética	<input type="checkbox"/> Doença arterial coronariana	
<input type="checkbox"/> Doença renal diabética	<input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico	
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica	<input type="checkbox"/> Doença vascular periférica	
<input type="checkbox"/> Neuropatia Diabética		
<input type="checkbox"/> Pé diabético		
<input type="checkbox"/> Neuropatia sensitivo-motora		
Estratificação de risco do usuário		
Risco baixo	Risco médio	Risco alto
Pessoa com pré-diabetes	Pessoa com DM 2 e: Controle metabólico e pressórico adequados e Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e Sem complicações crônicas	<input type="checkbox"/> Pessoa com DM 1 ou <input type="checkbox"/> Pessoa com DM2 e controle metabólico e/ou pressórico inadequados o ou <input type="checkbox"/> Pessoa com DM2 e controle metabólico e pressórico adequados + internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas

HISTÓRIA PREGRESSA

Descrever resumo histórico progresso da condição de saúde do usuário, todos os dados relevantes, como internamentos e tratamentos realizados. Anexar todos os exames realizados e avaliações ponderais (peso, altura, IMC, CA, HGT, FC, etc).

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Alergia Medicamentosa: _____

Automedicação: _____

Medicamentos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição (pública, doação e ou privada)

CONTROLE GLICÊMICO

Data	Jejum	2hrs após café	2hrs após almoço	2hrs após lanche	2hrs após jantar	Outro horário	Outro horário
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

ADESÃO TERAPÊUTICA

Local e Data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

PARA USO DO CONSÓRCIO

DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO

Motivo da Devolução: _____

Data da Devolução: _____

Assinatura: _____