

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 - HIPERTENSO

Fatores de risco	Pontuação 1 ou 0
1. Sexo masculino	
2. Idade: homens \geq 55 anos mulheres \geq 65 anos	
3. Tabagismo	
4. História de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau: homens < 55 anos mulheres < 65 anos	
5. Dislipidemia: Colesterol total > 190 mg/dL ou LDL colesterol > 115 mg/dL ou HDL: homens < 40 mg/dL mulheres < 46 mg/dL ou Triglicerídeos > 150 mg/dL	
6. Resistência à insulina: Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dL ou Teste oral de tolerância à glicose: 140-190 mg/dL em 2 horas ou Hemoglobina glicada: 5,7-6,4%	
7. Obesidade Índice de massa corporal (IMC) \geq 30 kg/m ² ou Circunf. abdominal: homens \geq 102cm mulheres \geq 88cm	
Total:	

Lesão de Órgão Alvo	Sim ou Não
1. Hipertrofia ventricular esquerda <u>Eletrocardiograma:</u> Índice Sokolow-Lyon (SV1+RV5 ou RV6) \geq 35mm RaVL > 11 mm Cornell voltagem > 2440 mm*ms <u>Ecocardiograma:</u> Índice de massa ventricular esquerda >115 g/m ² homens, > 95 g/m ² nas mulheres	
2. Espessura mediointimal da carótida > 0,9mm ou placa carótidea	
3. Velocidade da onda de pulso carótido-femoral > 10m/s	
4. Índice tornozelo-braquial < 0,9	
5. Doença renal crônica estágio 3 (ritmo de filtração glomerular estimado entre 30 e 60 mL/min/1,73m²)	
6. Albuminúria entre 30 e 300 mg/24hs ou relação albumina creatinina urinária 30 a 300mg	

Doença cardiovascular e doença renal estabelecidas	Sim ou Não
1. Doença cerebrovascular: Acidente vascular encefálico isquêmico, Hemorragia cerebral, Ataque isquêmico transitório	
2. Doença da artéria coronária: Angina estável ou instável, Infarto do miocárdio, Revascularização do miocárdio percutânea (angioplastia) ou cirúrgica, Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada, Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores, Doença renal crônica estágio 4 (ritmo de filtração glomerular estimado entre <30 ml/min/1,73m ² ou albuminúria >300mg/24hs), Retinopatia avançada (hemorragias, exsudatos, papiledema)	

CONTROLE PRESSÓRICO

Data	Manhã	Tarde	Noite
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: _____