



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA UNIFAP
ATENÇÃO A SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO
PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes e/ou Hipertensão fundamentada no Cuidado Congruente

I. ESTRUTURA SOCIAL E CULTURAL

Admissão: __/__/____ **Procedência:** () Consulta agendada () Espontânea () Transferência
Nº de registro: _____

FATORES FAMILIARES E SOCIAIS

Nome: _____ **D.N:** __/__/____
Apelido/Nome Social: _____ **Idade:** _____
Pai: _____ **Mãe:** _____
Naturalidade/UF: _____ **SUS:** _____
CPF: _____ **Tel:** _____ **Sexo:** () Masculino () Feminino
Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual Outros: _____
Identidade de Gênero: () Cisgênero () Transgênero () Não-binário Outros: _____
Raça/cor: () Branco () Preto () Pardo () Indígena () Amarelo Outro: _____
Pessoa com deficiência? () Auditiva () Visual () Intelectual () Motora () Estomia
() Múltiplas Deficiências Qual? _____
Estado Civil: () Casado () Viúvo () Solteiro () Divorciado () União Estável
Reside: () Cônjuge () Familiar () Inst. de longa permanência
Nº pessoas na casa: _____
() Sozinho. Se sozinho, recebe visitas? Qual a frequência? _____
Moradia: () Madeira () Alvenaria () Mista () Terra Firme () Palafita () Hab. Indígena
Endereço: _____
Cont. de Emergência – Nome/Vínculo/Tel: _____

FATORES RELIGIOSOS

Práticas religiosas:

() Católico () Evangélico () Espírita () Umbanda () Candomblé () Judaísmo () Hinduísmo
() Budismo () Islamismo () Outro: _____

FATORES ECONÔMICOS

Ocupação: _____

Situação trabalhista:

() Formal () Autônomo contribuinte e () Autônomo não contribuinte () Aposentado(a)
() Desempregado(a) () Auxílio governamental () Do Lar **Outros:** _____

Renda familiar (Classes):

() A: > 15 SM () B: 5-15 SM () C: 3-5 SM () D: 1-3 SM () E: 1 SM () Sem Rendimentos

*SM = Salário Mínimo

FATORES EDUCACIONAIS

() Sem instrução () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Médio Incompleto
() Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo () Pós-Graduação

FATORES CULTURAIS/ MODO DE VIDA

Relação ou Suporte familiar/Comunidade: _____

Hábitos de Vida:

Alimentação: () Uso de adoçante () Restrição de sal **Outros:** _____

Ingesta hídrica: () 3-4 copos/dia () 6-8 copos/dia 2 litros/dia () Mais de 2 litros/dia

Tabagismo: () Não () Sim **Frequência/Tempo de uso:** _____ **Cigarro/dia:** _____

Abandono: () Sim **Tempo que deixou:** _____

Álcool e outras drogas: () Não () Sim **Qual?:** _____ **Tempo de uso:** _____ **ml/dia:** _____

Abandono: () Sim **Tempo que deixou:** _____

Exercício físico: () Não () Sim **Se sim, os treinos duram quanto tempo?** _____

Se sim: () 1x/sem () 2x/sem () 3x/sem () Diariamente

Lazer: () TV () Cinema () Passeio com familiar/amigo () Festas () Esportes () Viagens

() Ativid. em grupo **Outros:** _____

II. CONTEXTO DO AMBIENTE

ANTECEDENTES, COMORBIDADES, COMPLICAÇÕES

Antecedentes familiares / Parentesco: () DM1 () DM2 () Cardiológicas () HAS () Câncer
() Doença de Pele () AVE () IAM **Outras:** _____

Antecedentes e comorbidades - Ano do diagnóstico: () DM1 _____ () DM2 _____

Abandono de tratamento? () Não () Sim **Caso sim, qual motivo?** _____

DM anterior? () Não () Sim **Qual?** () DM gestacional () Pré-Diabetes **Ano:** _____

HAS () Não () Sim **Tempo / Ano de diagnóstico:** _____

Abandono de tratamento? () Não () Sim **Caso sim, qual motivo?** _____

() Câncer () Depressão () Obstétricas/Ginecológicas () Atend. de Urgências () Tuberculose

() Hanseníase () Cardíaca () Ansiedade () Traumas () Sofrim. Mental **Outros:** _____

Complicações crônicas: () Não apresenta () Retinopatia diab. () Neuropatia diabética

() Cardiopatias Doença renal () DAP () Doença do Pé relacionada ao DM () IAM () AVE

Outras: _____ **Alergias:** _____

Quedas: () Não () Sim **Onde?** () Dentro de casa () Fora de casa **Quando/Motivo?** _____

Infecções recorrentes: () Não () Sim **Se sim, qual?** _____

Intercorrências metabólicas agudas/Ano: () Cetoacidose/coma hiperosmolar () Hipog. severas

() Hipoglicemias (70-54mg/dL)

Cirurgias / internações no último ano: () Não () Sim **Se sim, qual o motivo?** _____

III. ESTRUTURA DE SAÚDE E BEM ESTAR

PRINCIPAIS QUEIXAS

DADOS PARA CONTROLE

Data	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Peso					
IMC					
Gordura Corporal					
Músculo					
Metabolismo					
Idade Corporal					
Gordura Visceral					
CA/CQ					
PA					
Glicemia capilar					
HbA1C					
Pressão de pulso					

HÁBITOS ALIMENTARES

Café da manhã	
Lanche da manhã	
Almoço	
Lanche da Tarde	
Jantar	
Ceia	

HISTÓRICO VACINAL

Hepatite B	DTPA/DT	Febre Amarela	Tríplice Viral	Influenza	COVID-19
Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:
Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:
Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:
Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:
Dengue	Pneumo 13	Pneumo 23	HPV		
	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:
Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:	Data: Dose: Lote: Local: Ass:

EXAMES SOLICITADOS

☐ Glicemia ☐ Triglicerídeos ☐ TGP ☐ TGP ☐ Sódio ☐ Potássio ☐ PCR ☐ EAS ☐ HDL
☐ LDL ☐ Colesterol ☐ ABO/RH ☐ Hemograma ☐ ASO ☐ Ácido Úrico
☐ Ureia ☐ Creatinina ☐ T3 ☐ T4 ☐ PSA ☐ PCCU ☐ EPF ☐ Hb1Ac
☐ BSV ☐ Fundoscopia ☐ VHS ☐ FSH ☐ ECG ☐ VDRL ☐ TR HIV
☐ TR Hep B ☐ TR Hep C ☐ TR Sífilis Outros: _____

TERAPIA FARMACOLÓGICA

Polifarmácia () Sim () Não				
Medicamento (inclusive insulina)	Via	Dose	Horário	Efeito Adverso

Automedicação: () Não () Sim Se sim, qual Medicamento (inclusive fitoterápico ou Planta medicinal)? _____

Uso de medicamentos que alteram a glicemia? (corticoides, xaropes c/ açúcar, outros):

() Não () Sim

Se sim, qual medicamento? _____

Adesão à terapêutica:

() Não () Sim

Se não, qual o motivo? _____

INSULINIZAÇÃO

Uso de insulina: () Não () Sim **Orientação anterior sobre aplicação da insulina?:** () Não () Sim

Autoaplicação da insulina: () Não () Sim

Uso de: () Seringa de 50 UI () Seringa de 100UI () Caneta descartável () Caneta recarregável

Mistura de dois tipos de insulina na mesma seringa (NPH + Regular / NPH + UR): () Não () Sim

Realiza prega cutânea? () Não () Sim **Faz rodízio dos locais corretamente?** () Não () Sim

Reutilização de agulhas: () Não () Sim Se sim, quantas vezes? _____

Locais que costuma aplicar: () Abdome () Braço () Coxa () Glúteo Outro: _____

Lipodistrofias insulínicas? () Não () Sim Se sim, qual local: _____

Hematomas: () Não () Sim **Locais:** _____

Dificuldades: () Baixa acuidade visual () Inabilidade Técnica () Medo () Dor Outros: _____

Descarte de seringas/agulhas/lancetas: () Caixa perfurocortante Outro: _____

Preparo: () Correto () Incorreto Aplicação (pedir para demonstrar): () Correto () Incorreto

Insulina em estoque na geladeira? () Não () Sim Local dentro da geladeira: _____

Transporte de insulina: () Bolsa/mochila sem proteção térmica () Com proteção térmica

() Com gelo/gelox () Outro: _____

Transporte de insulina em viagens: () Bagagem de mão () Bagagem despachada

() Com proteção térmica () Sem proteção térmica

EXAME FÍSICO

Estado Emocional: () Calmo () Ansioso () Agressivo () Alegre () Choroso
() Resistente às Orientações Outros: _____

Nível de Orientação: () Orientado(tempo/espaço/pessoa) () Desorientado () Confuso () Torpor

Pele:
Integridade: () Íntegra () Escoriação () Erosão () Úlcera () Fissura Obs: _____
Cor: () Corada () Cianose () Palidez () Icterícia () Eritema Outros: _____
Textura: () Lisa () Rugosa () Macia () Áspera () Seca Outros: _____
Mancha: () Senil () Melasma () Sardas () Leucodermia solar () Fitofotodermatite () Sem mancha
Outros: _____

Couro cabeludo: () Limpo () Sujidades _____ Outros: _____

Olhos: () Sem alteração () Edema () Nistagmo () Ptose () Pterígeo () Visão turva
() Hiperemia ocular () Acuidade visual diminuída

Ouvidos: () Limpo () Sujidade () Lesado () Secreção () Cerume () Diminuição da acuidade auditiva
Outros: _____

Nariz: () Limpo () Sujidade () Lesado () Secreção () Diminuição da acuidade olfativa
Outros: _____

Cavidade Oral: () Dentição completa () Dentição incompleta () Cáries () Tártaro () Gengivite
() Uso de prótese () Lábios ressecados/fissurados () Língua limpa () Língua saburrosa
() Candidíase Outros: _____

Visita odontológica: () Não () Sim Quantas vezes/ano: _____

Pescoço: () Gânglios visíveis/palpáveis () Gânglios ausentes () Rigidez de nuca Outros: _____

Aparelho respiratório:
Inspeção do tórax: () Simétrico () Assimétrico
Tipo de respiração: () Abdominal () Torácica () Expansível () Tosse com expectoração
() Tosse seca Outros: _____
Ausculta pulmonar: () Estertor () Roncos () Estridor () Sibilos () Murmúrio vesicular
Outros: _____

Aparelho cardíaco:
Ausculta: () Bulha cardíaca hiperfonética () Bulha cardíaca Hipofonética
Sístole: () Com sopro () Sem sopro Outros: _____
Diástole: () Com sopro () Sem sopro Outros: _____

Abdome: () Estrias () Hérnia umb. () Hérnia abd. () Hérnia inguinal () Erupções () veias dilat.
() Lesões: _____ Outros: _____

Ausculta: () Ruídos intestinal () Borboríngos
Aspecto: () Plano () Escavado () Globoso () Batráquio () Em avental () Distensão
() Dor a palpação Outros: _____

MMSSII: () Atrofia () Hipertrofia () Dor (___pts) () Edema (/4+) Outros: _____
Articulação: () Capacidade de flexão () Capacidade de extensão () Mobilidade prejudicada () Edemas
Amputação: () Não () Sim Quando / Motivo / Local / Ano: _____

Pés:
Alteração Cutânea: () Xerodermia () Calosidade () Bolhas () Distrofia ungueal () Maceração
() Tinea pedis (micose dos pés) () Higiene Temperatura: () Quente/morno () Frio
Coloração: () Normal () Pálido (elevação) () Cianótico (declive)
Aspecto: () Pele seca/fissurada () Pele fina/brilhante
Deformidade: () Ausência () Pé de Charcot () Alteração do arco plantar () Dedo em garra
() Dedo em martelo () Proeminência da cabeça do 1º metatarso Outros: _____
Sensibilidade: () Parestesia () Dolorosa () Alívio da dor c/ pernas pendentes
Pulsos pediais: () Amplos/simétricos () Diminuídos / Ausentes Edema: () Presente () Ausente
Localização de úlcera: () 1º metacarpo () 5º metacarpo () Calcâneo Outro: _____
Aspecto da úlcera: () Redonda () Indolor () Doloroso () Látero-digital
() c/ anel querotásico periulcerativo () Sem anel querotásico Outro: _____
Unhas: () Limpas () Sujas () Fracas () Onicomicose Outros: _____
Corte: () Correto () Incorreto Obs.: _____
Calçado/Meias: () Correto () Incorreto Obs.: _____
Cicatrizes
Localização: _____ Formato: _____
Localização: _____ Formato: _____
Localização: _____ Formato: _____

RESULTADOS DE EXAMES

EXAME	DATA/RESULTADO		EXAME	DATA/RESULTADO	
Glicemia			HBO/Rh		
HbA1c			PSA		
GME			ASO		
Colesterol Total			TSH		
HDL			T3		
LDL			T4		
Triglicerídeos			Insulina		
PCR			Vitamina D		
TGO			Vitamina B12		
TGP			Teste rápido HIV		
Ácido úrico			Teste rápido Sífilis		
VHS			Teste rápido Hep. B		
Sódio			Teste rápido Hep. C		
Potássio			Outros:		
Ureia					
Creatinina					
VDRL					
Hemograma					
EAS					
EPF					
PCCU					
Exames de Imagem					
Fundoscopia					
ECG					
Outros					

ENCAMINHAMENTOS

☐ Medicina ☐ Nutricionista ☐ Psicólogo ☐ Educador Físico ☐ Assistente Social
☐ Enfermagem ☐ Outros: _____

ORIENTAÇÕES

☐ Atividade física ☐ Autocuidado ☐ Alimentação ☐ Medicações ☐ Cuidado com os pés
☐ Exames Outros: _____

IV. SISTEMAS DE SAÚDE DIVERSIFICADOS

CUIDADOS POPULARES*

() Ambiente () Alimentação () Religião/Crença () Atividade Física () Ocupação () Escolaridade
() Transmissão de atividade () Tradição () Valores () Estrutura social Modo de vida
() Observação: _____

*Conhecimento/habilidade tradicional ou popular, culturalmente aprendido e transmitido utilizado pelo cliente para proporcionar atos assistenciais de forma popular ou leiga, com o objetivo de melhorar seu modo de vida (Leininger, 1991). Assim, você irá marcar em que área da vida, ele faz uso de cuidados genéricos que podem ser caracterizados como uma fragilidade ou um fator de risco em seu modo de vida.

CUIDADOS PROFISSIONAIS

() Oxigenação () Hidratação () Sociabilidade () Sono/Repouso () Exercício/Atividade Física
() Cuidado Corporal () Integridade cutaneomucosa/Integridade Física () Segurança emocional
() Autoimagem () Locomoção () Nutrição () Amor/Aceitação () Terapêutica
() Educação à Saúde/Aprendizagem () Orientação no tempo e espaço () Religiosidade/Espirit.
() Regulação térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, cresc. celular, vascular () Percepção olfativa, visual auditiva, tátil, gustativa, dolorosa () Necessidade psicossocial

AÇÕES/DECISÕES DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

() Preservação/Manutenção da Saúde () Acomodação/Negociação da Saúde () Reestruturação da Saúde

A partir dos dados obtidos na consulta, você avaliará a Ação / Decisão que melhor se encaixa ao paciente assistido, tais como:

- **Preservação / Manutenção da Saúde:** Auxilia o cliente a preservar ou manter hábitos favoráveis de cuidado e de saúde (LEININGER, 1981).
- **Acomodação/Negociação da Saúde:** Revela ao cliente formas de adaptação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde e de vida dos indivíduos ou clientes (LEININGER, 1991).
- **Reestruturação da Saúde:** Modelos reconstruídos ou alterados para auxiliar o cliente a mudar os padrões de saúde ou de vida, de forma a tornar significativo ou congruente para ele próprio" (LEININGER, 1991).

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM/CUIDADO CONGRUENTE

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA DM

() Risco Baixo () Médio () Alto
() Muito alto () Gestão de Caso

ESCORE DE FRAMINGHAM

() Risco Baixo () Médio () Alto

AVALIAÇÃO DO DIABETES MELLITUS

ESTRATIFICAÇÃO	REQUISITOS	AÇÃO DE SAÚDE PREDOMINANTE E CONDUCTA
Risco Baixo	-Glicemia de jejum alterada ou -Intolerância à sobrecarga de glicose	Educação em Saúde; Consulta Anual: Médica + Enfermagem + Nutrição.
Risco Médio	-DM diagnosticado e, Controle do DM e da PA adequado; -Sem internações por complicações agudas(últimos 12 meses); -Sem complicações crônicas (CC)	Consulta Coletiva + Educação em Saúde Consulta Médica: Semestral Consulta Enfermagem: Anual. Consulta Nutrição: Anual Consulta Odontológica: Anual
Risco Alto	-DM diagnosticado ou, -DM e HA descompensados -DM e HA controlados + internações por complicações agudas (últimos 12 meses) ou Complicações Crônicas.	Consultas sequenciais, quadrimestrais, multidisciplinares, Educação em Saúde.
Risco Muito Alto	-DM e HA descompensados + internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas.	Consultas Médica: Trimestral Consulta Enfermagem: Quadrimestral Educação em Saúde.
Gestão de Caso	-Controle DM e HA inadequados (mesmo com boa adesão ao plano de cuidado), (diabete de difícil controle) + múltiplas internações por complicações agudas(últimos 12 meses). - Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses - AVE ou AIT, IAM, angina instável, DAP com intervenção cirúrgica. -Complicações crônicas severas - doença renal estágio 4 e 5, Artropatia de Charcot, cegueira, múltiplas amputações, pés com nova ulceração, necrose, infecção e edema. -Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras). -Risco social - idoso dependente em ILPI; pessoa com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência +ausência de rede de apoio familiar ou social.	1.Discussão do caso, 2. Visitas domiciliares e abordagem familiar; 3.Educação em saúde. 4.Elaboração de genograma e ecomapa, 5. Modelo de autogestão dos 5 A: AVALIAÇÃO; ACONSELHAMENTO, ACORDO, ASSISTÊNCIA, ACOMPANHAMENTO

Fonte :Sturmer; Bianchini (2012); Cavalcanti (2010) adaptado

AVALIAÇÃO PARA RISCO CARDIOVASCULAR

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR – Escore de Framingham para HAS (Mulher)

Pontos	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Idade				30-34 anos		35-39 anos		40-44 anos	45-49 anos		50-54 anos	55-59 anos	60-64 anos	65-69 anos	70-74 anos	+75 anos
HDL – C		+60 mg/dL	50-59 mg/dL	45-49 mg/dL	35-44 mg/dL	<35 mg/dL										
Colesterol total				<160 mg/dL	160 a 129 mg/dL		200 a 239 mg/dL	240 a 279 mg/dL	+280 mg/dL							
PAS – se não tratada	<120 mmHg			120 a 129 mmHg	130 a 139 mmHg	140 a 149 mmHg		150 a 159 mmHg	+160 mmHg							
PAS – se tratada			<120 mmHg			120 a 129 mmHg	130 a 139 mmHg		140 a 149 mmHg	150 a 159 mmHg	+160 mmHg					
Fumo				Não			Sim									
Diabetes				Não				Sim								

Pontos	≤8	9 a 13	14 e 15	16 e 17	18 e 19	20	≥21
Risco (%)	<5%	5% a 10%	10% a 15%	15% a 20%	20% a 25%	25% a 30%	+30%
Resultado:	() Risco baixo		() Intermediário		() Risco alto		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR – Escore de Framingham para HAS (Homem)

Pontos	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	8	10	11	12	14	15
Idade			30-34 anos		35-39 anos			40-44 anos	45-49 anos	50-54 anos	55-59 anos	60-64 anos	65-69 anos	70-74 anos	+75 anos
HDL – C	+60 mg/dL	50-59 mg/dL	45-49 mg/dL	35-44 mg/dL	<35 mg/dL										
Colesterol total			<160 mg/dL	160 a 129 mg/dL	200 a 239 mg/dL	240 a 279 mg/dL	+280 mg/dL								
PAS – se não tratada			120 a 129 mmHg	130 a 139 mmHg	140 a 149 mmHg	150 a 159 mmHg	+160 mmHg								
PAS – se tratada			<120 mmHg		120 a 129 mmHg	130 a 139 mmHg	140 a 159 mmHg	+160 mmHg							
Fumo			Não				Sim								
Diabetes			Não			Sim									

Pontos	≤6	7 a 10	11 e 12	13 e 14	15 e 16	≥17
Risco (%)	<5%	5% a 10%	10% a 15%	15% a 20%	20% a 25%	25% a 30%
Resultado:	() Risco baixo		() Risco intermediário		() Risco alto	

Estratificação do risco cardiovascular

Risco baixo	Risco intermediário	Risco alto	Risco muito alto
Escore < 5% em homens ou mulheres	Escore 5 a 20% em homens e 5 a 10% em mulheres; Pessoa com DM sem doença aterosclerótica subclínica	Escore > 20% em homens e > 10% em mulheres: Aterosclerose subclínica; Aneurisma de aorta abdominal; Doença renal crônica; LDL elevado	Aterosclerose significativa em artéria coronariana, cerebrovascular ou vascular periférica (> 50% obstrução) com ou sem sintomas clínicos

Fonte: [https://www.linhasdecuidado.saude.gov.br/portal\(2020\)](https://www.linhasdecuidado.saude.gov.br/portal(2020))

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL/CARIMBO

CONSULTA DE SEGUIMENTO

Data: ___/___/___ Principais Queixas: _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____ () Baixo Peso () Adequado () Sobrepeso () Obesidade
PA: _____ mmHg Glicemia capilar: _____ mg/dL CA/CQ: _____ cm

Evolução: _____

Medicamentos em uso: _____

Solicitação/Resultado de exame: _____

Encaminhamentos: () Medicina () Nutricionista () Psicólogo () Educador Físico () Enfermagem

() Assistente Social

Outros: _____

Orientações: () Ativ. Física () Autocuidado () Alimentação () Medicações () Exames

() Cuidado com os pés

Outros: _____

Cuidados Populares: _____

Cuidados Profissionais: _____

Ações / Decisões no Atendimento de Enfermagem: _____

Estratificação de Risco-DM: () Risco Baixo () Risco Médio () Risco Alto () Risco Muito Alto () Gestão de Caso

Escore de Framingham: () Baixo () Moderado () Alto

Assinatura / Carimbo: _____

CONSULTA DE SEGUIMENTO

Data: ___/___/___ Principais Queixas: _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____ () Baixo Peso () Adequado () Sobrepeso () Obesidade
PA: _____ mmHg Glicemia capilar: _____ mg/dL CA/CQ: _____ cm

Evolução: _____

Medicamentos em uso: _____

Solicitação/Resultado de exame: _____

Encaminhamentos: () Medicina () Nutricionista () Psicólogo () Educador Físico () Enfermagem

() Assistente Social

Outros: _____

Orientações: () Ativ. Física () Autocuidado () Alimentação () Medicações () Exames

() Cuidado com os pés

Outros: _____

Cuidados Populares: _____

Cuidados Profissionais: _____

Ações / Decisões no Atendimento de Enfermagem: _____

Estratificação de Risco-DM: () Risco Baixo () Risco Médio () Risco Alto () Risco Muito Alto () Gestão de Caso

Escore de Framingham: () Baixo () Moderado () Alto

Assinatura / Carimbo: _____