

CAMPANHA NACIONAL GRATUITA EM

Realização:



DIABETES

DE DETECÇÃO, ORIENTAÇÃO, EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES

RETENHA ESTA FICHA

Nº

Nome: _____

End.: _____

CEP _____ - _____ Cidade: _____ Estado: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Tel (_____) _____

Tem diabetes? Sim (preencher no verso) Desde que idade? _____

Não sei (não preencher o verso)

Tem familiares diabéticos? Sim Não

Quantas horas faz que você comeu ? Há _____ horas

RESULTADOS OBTIDOS	GLICEMIA CAPILARmg/dl	VALORES NORMAIS - em jejum : até 100 mg/dl - após alimentação: até 140 mg/dl
	COLESTEROL TOTALmg/dl	VALORES NORMAIS - sem jejum: até 200 mg/dl
	PRESSÃO ARTERIAL Máx.....Min.....	VALORES NORMAIS - Menor que 130/80 mmHg
	Peso.....Altura.....	

CAMPANHA NACIONAL GRATUITA EM

Realização:



DIABETES

DE DETECÇÃO, ORIENTAÇÃO, EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES

Nº

Nome: _____

RESULTADOS OBTIDOS	GLICEMIA CAPILARmg/dl	VALORES NORMAIS - em jejum : até 100 mg/dl - após alimentação: até 140 mg/dl
	COLESTEROL TOTALmg/dl	VALORES NORMAIS - sem jejum: até 200 mg/dl
	PRESSÃO ARTERIAL Máx.....Min.....	VALORES NORMAIS - Menor que 130/80 mmHg
	Peso.....Altura.....	

Obs.: Caso o resultado obtido não esteja dentro dos valores esperados, procure orientação médica, apresentando este cartão

QUESTIONÁRIO

Para os que sabem ser diabéticos

- 1) Toma remédio para Diabetes? Sim Não
- 2) Que tipo? Insulina Comprimido
- 3) Faz regularmente Hemoglobina Glicosilada Sim Não
Com que frequência? _____
- 4) Quando foi o último exame de Diabetes? _____
- 5) Quando foi a última consulta com médico? _____
- 6) Tem alguma doença em consequência do Diabetes?
- | | | | |
|---------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| olho | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| dente | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| rim | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| pernas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| coração | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
- 7) Faz controle em casa? Sim Não
Se sim: sangue urina
- 8) Tem problemas de pés? Sim Não
Se tem: neuropatia _____ alteração da circulação _____
deformidade _____ outros _____
- 9) OLHOS - Catarata Sim Não
Já fez laser? Sim Não
Retinopatia Sim Não

IMPRESSO PATROCINADO POR: