

# CAMPANHA NACIONAL GRATUITA EM

Realização:



# DIABETES

De prevenção das Complicações,  
Detecção, Orientação e Educação

RETENHA ESTA FICHA

Nº

Nome: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

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 CAPILAR .....mg/dl	VALORES NORMAIS - em jejum : até 99 mg/dl - após alimentação: até 140 mg/dl
	COLESTEROL TOTAL .....mg/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 prevenção das Complicações,  
Detecção, Orientação e Educação

ENTREGAR PARA O PACIENTE

Nº

Nome: \_\_\_\_\_

RESULTADOS OBTIDOS	GLICEMIA CAPILAR .....mg/dl	VALORES NORMAIS - em jejum : até 99 mg/dl - após alimentação: até 140 mg/dl
	COLESTEROL TOTAL .....mg/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 esta ficha.

# QUESTIONÁRIO

## Para os que sabem ser portadores de Diabetes

- 1) Toma remédio para Diabetes?  Sim  Não
- 2) Que tipo?  Insulina  Comprimido
- 3) Faz regularmente Hemoglobina Glicada  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 outro 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: