

() PRIORIDADE 01

() PRIORIDADE 02

() PRIORIDADE 03

Município de Residência: _____

Código do Paciente: _____

Enfermeiro Responsável: _____

Data de Recebimento no CIS: _____

Data da Estratificação: _____

Recebido no CIS por: _____

DADOS DO PACIENTE

ID: _____ Nome: _____ Sexo: _____

Dt Nasc: _____ Peso atual: _____ Altura: _____ IMC: _____ Telefone: _____

Idade: _____ CPF: _____ Circun. Abdominal: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - ALTO

() **PESSOA COM DIABETES MELLITUS 1**

() **PESSOA COM DIABETES MELLITUS 2: CONTROLE METABÓLICO E/OU PRESSÓRICOS INADEQUADOS**

Controle Metabólico

- () **Bom:** 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 psicológicas, sociais e econômicas)
- () **Regular:** hemoglobina glicada $> 7\%$ e $< 9\%$
- () **Ruim:** hemoglobina glicada $\geq 9\%$

Controle Pressórico

- () Adequado: PA $\leq 130/80$ mmHg (
-) Inadequado: PA $> 130/80$ mmHg

() **PESSOA COM DIABETES MELLITUS 2: CONTROLE METABÓLICO E PRESSÓRICO ADEQUADOS + INTERNAÇÕES POR COMPLICAÇÕES AGUDAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES E/OU COMPLICAÇÕES CRÔNICAS**

Internações por complicação aguda

- () Hipoglicemia
- () Cetoacidose
- () Síndrome hiperosmolar não cetótica

Complicação Crônica

Microangiopatia

- () Retinopatia diabética
- () Doença renal diabética
- () Insuficiência renal crônica
- () Neuropatia diabética
- () Pé diabético
- () Neuropatia sensitivo-motora

Macroangiopatia

- () Doença arterial coronariana
- () Acidente vascular encefálico
- () Doença vascular periférica

HISTÓRIA PREGRESSA

PLANO DE CUIDADO

Local e data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

RESULTADO DE EXAMES		
Exame	Data	Resultado
Dosagem de glicose		
Hemoglobina glicada		
Dosagem de creatinina		
Dosagem de colesterol total		
Dosagem de HDL - Colesterol		
Dosagem de triglicerídeos		
Dosagem de potássio		
Urina		
Eletrocardiograma		

Anexar os exames recentes (laboratoriais e de imagem) que possam subsidiar o cuidado compartilhado com a Atenção Ambulatorial Especializada.

PARA USO DO CONSÓRCIO

DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO	
Motivo da Devolução: _____	
Data da Devolução: _____	
Assinatura: _____	