

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FICHA DE CONTROLE DE DIABETES

Nome do Agente / Cadastrador	N° do CNS	Equipe	MicroÁrea	Ano
------------------------------	-----------	--------	-----------	-----

Nome	MESES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
CPF */ DNV **	Dia da Visita													☐ Amputação ☐ Diálise ☐ Infarto ☐ Sequela Derrame
	Dia ultima consulta													
Endereço	Dia da próxima consulta													
	Obesidade													
Data Inscrição	Faz exercícios físicos													
	Tem ferida no pé													
Classificação	Usa insulina													
É Hipertenso?														
É Fumante?														
É acompanhado em outro local?														
Raça/cor	Toma Hipoglicemiante oral													
	Faz tratamento odontológico													

Nome	MESES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
CPF */ DNV **	Dia da Visita													☐ Amputação ☐ Diálise ☐ Infarto ☐ Sequela Derrame
	Dia ultima consulta													
Endereço	Dia da próxima consulta													
	Obesidade													
Data Inscrição	Faz exercícios físicos													
	Tem ferida no pé													
Classificação	Usa insulina													
É Hipertenso?														
É Fumante?														
É acompanhado em outro local?														
Raça/cor	Toma Hipoglicemiante oral													
	Faz tratamento odontológico													

LEGENDA	Classificação		Motivo				Local
	1 - Tipo I	2 - Tipo II	T - Transferência	R - Recusa do tratamento	I - Inscrição Indevida	O - Óbito	Informar a Unidade de Saúde se for acompanhado em outro local. Se possível colocar o código da unidade.

* Campo obrigatório para maiores de 16 anos e preferencial para aqueles com até 16 anos

** Campo obrigatório para aqueles com até 16 anos se CPF não preenchido

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FICHA DE CONTROLE DE DIABETES

Nome			MESES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
CPF */ DNV **			Dia da Visita													☐ Amputação ☐ Diálise ☐ Infarto ☐ Sequela Derrame
			Dia ultima consulta													
Endereço			Dia da próxima consulta													
Data Inscrição			Obesidade													
Data Exclusão			Faz exercícios físicos													
Motivo			Tem ferida no pé													
Classificação	É Hipertenso? ☐ Sim ☐ Não	É Fumante? ☐ Sim ☐ Não	Usa insulina													
É acompanhado em outro local? ☐ Sim ☐ Não			Toma Hipoglicemiante oral													
Raça/cor ☐ branco ☐ preto ☐ pardo ☐ amarelo ☐ indígena			Faz tratamento odontológico													

Nome			MESES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
CPF */ DNV **			Dia da Visita													☐ Amputação ☐ Diálise ☐ Infarto ☐ Sequela Derrame
			Dia ultima consulta													
Endereço			Dia da próxima consulta													
Data Inscrição			Obesidade													
Data Exclusão			Faz exercícios físicos													
Motivo			Tem ferida no pé													
Classificação	É Hipertenso? ☐ Sim ☐ Não	É Fumante? ☐ Sim ☐ Não	Usa insulina													
É acompanhado em outro local? ☐ Sim ☐ Não			Toma Hipoglicemiante oral													
Raça/cor ☐ branco ☐ preto ☐ pardo ☐ amarelo ☐ indígena			Faz tratamento odontológico													

Nome			MESES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
CPF */ DNV **			Dia da Visita													☐ Amputação ☐ Diálise ☐ Infarto ☐ Sequela Derrame
			Dia ultima consulta													
Endereço			Dia da próxima consulta													
Data Inscrição			Obesidade													
Data Exclusão			Faz exercícios físicos													
Motivo			Tem ferida no pé													
Classificação	É Hipertenso? ☐ Sim ☐ Não	É Fumante? ☐ Sim ☐ Não	Usa insulina													
É acompanhado em outro local? ☐ Sim ☐ Não			Toma Hipoglicemiante oral													
Raça/cor ☐ branco ☐ preto ☐ pardo ☐ amarelo ☐ indígena			Faz tratamento odontológico													

Campo obrigatório para aqueles com até 16 anos se CPF não preenchido