



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FICHA DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

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

N°	Nome	MÊS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
Apelido	CPF	Dia da Visita													<input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Sequela Derrame <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> outra:
Endereço		Dia ultima consulta													
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idade (anos)	Fumante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não													
Raça/cor	Tempo Diagnóstico (anos)	Acompanha na unidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não													

N°	Nome	MÊS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
Apelido	CPF	Dia da Visita													<input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Sequela Derrame <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> outra:
Endereço		Dia ultima consulta													
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idade (anos)	Fumante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não													
Raça/cor	Tempo Diagnóstico (anos)	Acompanha na unidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não													

N°	Nome	MÊS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
Apelido	CPF	Dia da Visita													<input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Sequela Derrame <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> outra:
Endereço		Dia ultima consulta													
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idade (anos)	Fumante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não													
Raça/cor	Tempo Diagnóstico (anos)	Acompanha na unidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não													

LEGENDA

Sexo		Raça/cor				
F - Fem	M - Masc	1 - Branca	2 - Preta	3 - Amarela	4 - Parda	5 - Indígena

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FICHA DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Nº	Nome		MÊS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
Apelido		CPF	Dia da Visita													<input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Sequela Derrame <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> outra:
Endereço			Dia última consulta													
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idade (anos)	Fumante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Faz dieta (X)													
Raça/cor	Tempo Diagnóstico (anos)	Acompanha na unidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Toma a medicação (X)													
			Faz exercícios físicos (X)													
			Pressão Arterial (mmHg)													

Nº	Nome		MÊS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
Apelido		CPF	Dia da Visita													<input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Sequela Derrame <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> outra:
Endereço			Dia última consulta													
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idade (anos)	Fumante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Faz dieta (X)													
Raça/cor	Tempo Diagnóstico (anos)	Acompanha na unidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Toma a medicação (X)													
			Faz exercícios físicos (X)													
			Pressão Arterial (mmHg)													

Nº	Nome		MÊS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
Apelido		CPF	Dia da Visita													<input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Sequela Derrame <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> outra:
Endereço			Dia última consulta													
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idade (anos)	Fumante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Faz dieta (X)													
Raça/cor	Tempo Diagnóstico (anos)	Acompanha na unidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Toma a medicação (X)													
			Faz exercícios físicos (X)													
			Pressão Arterial (mmHg)													

Nº	Nome		MÊS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
Apelido		CPF	Dia da Visita													<input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Sequela Derrame <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> outra:
Endereço			Dia última consulta													
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idade (anos)	Fumante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Faz dieta (X)													
Raça/cor	Tempo Diagnóstico (anos)	Acompanha na unidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Toma a medicação (X)													
			Faz exercícios físicos (X)													
			Pressão Arterial (mmHg)													

LEGENDA	Sexo		Raça/cor				
	F - Fem	M - Masc	1 - Branca	2 - Preta	3 - Amarela	4 - Parda	5 - Indígena

