MS – HIPERDIA
ATENÇÃO
À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

(*) Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde

Código SIA/SUS ou CNES (EAS)

Nº	Identificação do Paciente (*) (Preencher com Nº do Cartão SUS ou Cartão Provisório SUS. Não possuindo CNS ou Nº Cartão Provisório SUS, preencher com Nome Completo do Usuário)	Data Nascimento DD/MM/AAAA	**Hipertensão** (Preencher cm X)	**Diabetes** (Preencher com X)	Verificar a cada consulta (Preencher com valor) (*)							Intercorrências desde da última consulta referidas pelo paciente (Preencher com X, para existência de complicações) (*)								Tratamento para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (*)								Exames (**)						
								Pressão Arterial												**Não Medicamentoso** (Preencher com X)	Número de comprimidos/dia (½,1,2, 3, 4, 5 ou 6)					Insulina NPH (Unidades/dia)	Outros Medicamentos (Preencher com X)	**(Marcar X)**						
					Peso (Kg)	Altura (cm)	Cintura (cm)	Sistólica	Diástólica	Glicemia capilar ou plasmatica	Pós Prandial ou em Jejum (***)	Não Existe Complicações relatadas	Angina	IAM	AVC	Pé Diabético	Amputação	Doença Renal	Retinopatia (Fundo de olho alterado e/ou cegueira		Hidroclotiazida 25mg	Propranolol 40mg	Captopril 25mg	Glibenclamida 5mg	Metformina 850mg			Hb Glicosilada	Creatinina Serica	Colesterol Total	ECG	Trigliceridés	Urina tipo 1	Microalbuminúria
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			

(*) Responsável pelo atendimento	(*) Assinatura	(*) Data da Consulta

Legenda: **(*)** Campos de preenchimento obrigatório **(**)** Marcar com X quando receber o resultado **(***)** Marcar **P** para pós prandial e **J** para em jejum