

Receituário Hipertensão e Diabetes

Unidade	Telefone Unidade
Nome	
CPF/DNV	Data de Nascimento

Hipertensão <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Pressão Arterial (mmHg) _____ / _____	Hipercolesterolemia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Risco CV global _____ %
---	---

Diabetes sim não

Glicemia Jejum (mg/dl): _____ Data da Aferição da Glic. Jejum ____/____/____

Glicemia Capilar (mg/dl): _____ Data da Aferição da Glic/Capilar ____/____/____

Hemoglobina Glicosilada _____ % Data da Aferic. Hem. Glicosilada ____/____/____

Pé diabético Grau 0 Grau 1 Grau 2 Grau 3 Grau 3A
 Grau 3B Grau 3C Grau 3D Grau 3E

Retinopatia diabética comprovada por exame oftalmológico Sim Não

Nefropatia diabética Sim Não

Amputação por diabetes Não Coxa Pé Perna Pododáctilo

Data liberação Glicosímetro ____/____/____ Usa análogo de Insulina Sim Não

Medidas do paciente

Altura (m) _____ Cintura (cm) _____ Peso (Kg) _____

Medicamento	Manhã	Tarde	Noite	Quantidade por dia	Quantidade Por mês	Quantidade dispensada
Anlodipina 5 mg (cp)						
Atenolol 100 mg (cp)						
Atenolol 50 mg (cp)						
Captopril 25 mg (cp)						
Enalapril 10 mg (cp)						
Glibenclamida 5 mg (cp)						
Hidralazina 25 mg (cp)						
Hidroclorotiazida 25 mg (cp)						
Insulina NPH (frasco)	unid	unid	unid			
Insulina Regular (frasco)	unid	unid	unid			
Metformina 850 mg (cp)						
Insumo	Manhã	Tarde	Noite	Quantidade por dia	Quantidade Por mês	Quantidade dispensada
Agulha						
Fitas						
Lanceta						
Seringa agulhada						
Seringa não agulhada						

RECEITA VÁLIDA PARA _____ MESES (de 3 a 6 MESES)
***A QUANTIDADE MÁXIMA DISPENSADA NA FARMÁCIA DEVE SER PARA 30 DIAS**

Data ____/____/____	Data da próxima consulta: ____/____/____	Médico – Carimbo e Assinatura
------------------------	---	-------------------------------

Controle da Pressão e Diabetes

Medir a Pressão: _____ vezes por semana.

a Glicemia: _____ vezes por dia semana

* trazer o controle preenchido na próxima consulta.

No	DATA	HORA	PRESSÃO	GLICEMIA	No	DATA	HORA	PRESSÃO	GLICEMIA
1					41				
2					42				
3					43				
4					44				
5					45				
6					46				
7					47				
8					48				
9					49				
10					50				
11					51				
12					52				
13					53				
14					54				
15					55				
16					56				
17					57				
18					58				
19					59				
20					60				
21					61				
22					62				
23					63				
24					64				
25					65				
26					66				
27					67				
28					68				
29					69				
30					70				
31					71				
32					72				
33					73				
34					74				
35					75				
36					76				
37					77				
38					78				
39					79				
40					80				

- fazer atividade física regularmente (3 vezes na semana)
- se Hipertenso, não usar sal na comida.
- Se Diabetes, evitar açúcar, pães, massas e doces.
- Agendar consulta com antecedência para renovar Receita.