

**FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO**

Município de Residência: \_\_\_\_\_ Data do Encaminhamento: \_\_\_\_\_  
Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_ Data de Recebimento no CIS: \_\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - DIABÉTICO**

Quadro clínico do usuário															
<p><b>Classificação de pré-diabetes</b></p> <p><input type="checkbox"/> Glicemia de jejum alterada: <math>\geq 100</math> a <math>&lt; 126</math> mg/dl</p> <p><input type="checkbox"/> Tolerância diminuída à glicose: teste oral de tolerância à glicose de 140 - 200 mg/dl na 2ª hora.</p>															
<p><b>Diagnóstico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)</p>															
<p><b>Classificação do controle metabólico</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Adequado:</b> hemoglobina glicada <math>\leq 7\%</math> (considerar <math>\leq 8\%</math> para idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, e na dependência de considerações psicossocioeconômicas)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Inadequado:</b> Hemoglobina glicada <math>&gt; 7\%</math> (considerar <math>&gt; 8\%</math> para idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, e na dependência de considerações psicossocioeconômicas)</p>															
<p><b>Classificação de controle pressórico</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Adequado:</b> pressão arterial <math>\leq 130/80</math> mmHg</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Inadequado:</b> pressão arterial <math>&gt;130/80</math> mmHg</p>															
<p><b>Internação por complicação aguda</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hipoglicemia</p> <p><input type="checkbox"/> Cetoacidose</p> <p><input type="checkbox"/> Síndrome hiperosmolar não cetótica</p>															
<p><b>Complicação crônica</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Microangiopatia</td> <td>Macroangiopatia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retinopatia diabética</td> <td><input type="checkbox"/> Doença arterial coronariana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Doença renal diabética</td> <td><input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica</td> <td><input type="checkbox"/> Doença vascular periférica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Neuropatia Diabética</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pé diabético</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Neuropatia sensitivo-motora</td> <td></td> </tr> </table>		Microangiopatia	Macroangiopatia	<input type="checkbox"/> Retinopatia diabética	<input type="checkbox"/> Doença arterial coronariana	<input type="checkbox"/> Doença renal diabética	<input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica	<input type="checkbox"/> Doença vascular periférica	<input type="checkbox"/> Neuropatia Diabética		<input type="checkbox"/> Pé diabético		<input type="checkbox"/> Neuropatia sensitivo-motora	
Microangiopatia	Macroangiopatia														
<input type="checkbox"/> Retinopatia diabética	<input type="checkbox"/> Doença arterial coronariana														
<input type="checkbox"/> Doença renal diabética	<input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico														
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica	<input type="checkbox"/> Doença vascular periférica														
<input type="checkbox"/> Neuropatia Diabética															
<input type="checkbox"/> Pé diabético															
<input type="checkbox"/> Neuropatia sensitivo-motora															
Estratificação de risco do usuário															
<b>Risco baixo</b>	<b>Risco médio</b>														
<p>Pessoa com pré-diabetes</p>	<p>Pessoa com DM 2 e: Controle metabólico e pressórico adequados e Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e Sem complicações crônicas</p>														
	<b>Risco alto</b>														
	<p><input type="checkbox"/> Pessoa com DM 1 ou <input type="checkbox"/> Pessoa com DM2 e controle metabólico e/ou pressórico inadequados o ou <input type="checkbox"/> Pessoa com DM2 e controle metabólico e pressórico adequados + internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas</p>														



15.							
-----	--	--	--	--	--	--	--

**ADESÃO TERAPÊUTICA**

N o Aderente       Pouco Aderente       Aderente

Local e Data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

**PARA USO DO CONSÓRCIO**

**DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO**

Motivo da Devolução:	_____
Data da Devolução:	_____
Assinatura:	_____



