Item 52

SECRETARIA MUNICIPAL DE VARGINHA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - MG
PROGRAMA DE HIPERTENSÃO - DIABETES - TIREÓIDE - OBESIDADE

Nome:_____ Sexo:_____ D.N.: ____ ____ ____ Prontuário:_____

Resid.:_____ Fone: (____)_____

ADM./Idade: Hist. Pac: D M ☐ HAS ☐ Cardiopatia ☐ AVE ☐ Tabagista ☐ Etilista ☐

Hist. Familiar: D M ☐ HAS ☐ Cardiopatia ☐ AVE ☐ C. SUS:_____

Patologia:_____ Data diagnóstico DM: ____/____/____ CPF:_____

_____ Data Início insulina: ____/____/____ RG:_____

C. vacina:_____ EXP:_____ SSP:_____

Data	P A	Peso	Alt	Circ Abd	IMC

Data Ex	G J	GPP	HbA 1c	Col. Total	HDL	LDL	Trig	Uréia	Creat	K +	PTN 24	CLE Cr	M-Alb	T3	T4	TSH	

Nome:______________________________ D.N.: ____/____/____ Prontuário:______________

Data	P A	Peso	Alt	Circ Abd	IMC

Data Ex	G J	GPP	HbA 1c	Col. Total	HDL	LDL	Trig	Uréia	Creat	K +	PTN 24	CLE Cr	M-Alb	T3	T4	TSH	