

FICHA DE CONSULTA COMUM

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - UBS: _____ ÁREA: _____ MICROÁREA: _____
RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____ CPF: _____
MEMBRO DA FAMÍLIA: PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS
NOME COMPLETO: _____
CPF: _____ CNS: _____ NIS: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: () M () F () IG RAÇA/COR: () BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDIGENA
ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____
CEP: _____ MUNICÍPIO: _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____
CONTATO: () _____

COMORBIDADES: () DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA () DOENÇA CEREbroVASCULAR () DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA () HIPERTENSÃO ARTERIAL
() INFARTO AGUDO DO MIOcÁRDIO () ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) () ARRITMIAS CARDÍACAS () INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ()
DOENÇAS DAS VÁLVULAS CARDÍACAS () ASMA () BRONQUITE () SINUSITE () DPOC () RINITE CRÔNICA () DIABETES () TABAGISMO

1ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA COMUM: DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OCUPAÇÃO: _____
PESO (KG) _____ ALTURA(CM) : _____ GLICEMIA CAPILAR(mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____
OBSERVAÇÃO: _____

2ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA COMUM: DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OCUPAÇÃO: _____
PESO (KG) _____ ALTURA(CM) : _____ GLICEMIA CAPILAR(mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____
OBSERVAÇÃO: _____

3ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA COMUM: DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OCUPAÇÃO: _____
PESO (KG) _____ ALTURA(CM) : _____ GLICEMIA CAPILAR(mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____
OBSERVAÇÃO: _____

4ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA COMUM: DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OCUPAÇÃO: _____
PESO (KG) _____ ALTURA(CM) : _____ GLICEMIA CAPILAR(mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____
OBSERVAÇÃO: _____

5ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA COMUM: DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OCUPAÇÃO: _____
PESO (KG) _____ ALTURA(CM) : _____ GLICEMIA CAPILAR(mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____
OBSERVAÇÃO: _____

6ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA COMUM: DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OCUPAÇÃO: _____
PESO (KG) _____ ALTURA(CM) : _____ GLICEMIA CAPILAR(mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____
OBSERVAÇÃO: _____

7ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA COMUM: DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OCUPAÇÃO: _____
PESO (KG) _____ ALTURA(CM) : _____ GLICEMIA CAPILAR(mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____
OBSERVAÇÃO: _____

8ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA COMUM: DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OCUPAÇÃO: _____
PESO (KG) _____ ALTURA(CM) : _____ GLICEMIA CAPILAR(mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____
OBSERVAÇÃO: _____