



**FICHA DE ATENDIMENTO DE
PESSOAS SEM DIABETES**

CAMPANHA NOVEMBRO DIABETES AZUL 2018



**Conselho
Federal de
Farmácia**

1. Nome completo do paciente		2. Data do atendimento ____/11/2018		3. Hora do atendimento ____ h ____ min	
4. CPF	5. Telefone	6. Data de Nascimento	7. Idade		
8. Sexo () Masculino () Feminino		9. Raça/Cor da pele () Branca () Negra () Parda () Indígena () Amarela		10. Anos de estudo () Sem instrução () 4 a 7 anos () 8 a 10 anos () 11 a 14 anos () 15 anos ou mais	
11. Altura	12. Peso	13. IMC (Kg/m ²)	14. Circunferência abdominal (cm)		

QUESTIONÁRIO FINDRISC - Marque as respostas e a pontuação correspondente

Pergunta	Resposta	Pontuação
15. Assinale a faixa etária do(a) paciente:	() <45 anos () 45-54 anos () 55-64 anos () >65 anos	0 2 3 4
16. Assinale a faixa do Índice de Massa Corporal (Kg/m ²) do(a) paciente:	() <25 () 25-30 () >30	0 1 3
17. Assinale a faixa a circunferência abdominal do(a) paciente:	Homens () <94 cm () 94-102 cm () >102 cm Mulheres () <80 cm () 80-88 cm () >88 cm	0 3 4
18. Você pratica exercícios físicos (no mínimo 30 minutos/dia)?	() Não () Sim	2 0
19. Com que frequência você come verduras e/ou frutas?	() Come todos os dias () Não come todos os dias	0 1
20. Você tem diagnóstico de hipertensão (pressão alta) ou toma algum medicamento para hipertensão regularmente?	() Não () Sim	0 1
21. Você já teve a taxa de glicose alta no passado (em exames de rotina, durante alguma doença ou na gravidez)?	() Não () Sim	0 5
22. Algum dos seus familiares tem Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2 diagnosticado?	() Não () Sim: avós, tios, primos () Sim: pais, irmãos ou filhos	0 3 5
23. Some os pontos obtidos pelas respostas do Findrisc e informe aqui: _____ pontos	< 7 pontos: risco baixo (1 em 100 desenvolve a doença) 7 – 11 pontos: risco levemente moderado (1 em 25 desenvolve a doença) 12 -14 pontos: risco moderado (1 em 6 desenvolve a doença) 15 – 20 pontos: risco alto (1 em 3 desenvolve a doença) >20 pontos: risco muito alto (1 em 2 desenvolve a doença)	

RESULTADO DO TESTE DE GLICEMIA CAPILAR

24. Qual o estado alimentar do(a) paciente no momento do atendimento?

- () Jejum (mínimo de 8 horas **SEM** ingestão calórica)
() Casual (estado alimentar ignorado/impreciso ou que não se encaixa na condição anterior – jejum \geq a 8 horas)

25. Qual foi o resultado de glicemia apontado pelo glicosímetro*?

_____ mg/dL

*Se glicemia abaixo de 70 mg/dl ou acima de 300 mg/dL repetir o teste para confirmação.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS E INTERVENÇÕES REALIZADAS

- () Nenhum problema identificado neste(a) paciente (Glicemia **NORMAL E FINDRISC BAIXO**).
- () Findrisc com resultado **moderado, alto** ou **muito alto**. Paciente aconselhado sobre fatores de risco e prevenção.
- () Glicemia **ELEVADA \geq 100 mg/dL** em jejum (mais de 8 h **SEM** ingestão calórica) ou **\geq 140 mg/dL** no estado alimentar casual. Este paciente deve ser encaminhado ao atendimento médico para elucidação diagnóstica.
- () Glicemia **ELEVADA \geq 300 mg/dL** (resultado confirmado por 2 testes), em qualquer estado alimentar, **COM** ou **SEM** sintomas de alerta. Este paciente deve ser encaminhado ao serviço de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**, para atendimento médico.
- () Glicemia **ABAIXO DE 70 mg/dL** (resultado confirmado por 2 testes), em qualquer estado alimentar, **COM** sintomas de hipoglicemia. Este paciente deve ser encaminhado ao serviço de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**, para atendimento médico.

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

Nome completo

CRF/UF

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Tipo de estabelecimento

- () Farmácia Privada () Farmácia Pública () Farmácia Universitária

Nome fantasia

Razão social

CNPJ

OBSERVAÇÕES