



DECLARAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

RASTREAMENTO DE CASOS
SUSPEITOS DE DIABETES MELLITUS



Conselho
Federal de
Farmácia

Data ____/ 11/2018



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome _____

Idade _____ anos

Tempo de jejum

() >8h () Casual - Estado alimentar ignorado/impreciso ou jejum menor que 8 horas

Teste/Exame	Resultados	Valor de Referência
Glicemia	_____ mg/dL	GLICEMIA NORMAL Jejum de 8 horas ou mais <100 mg/dL Casual <140 mg/dL GLICEMIA ALTERADA Jejum de 8 horas ou mais ≥100mg/dL Casual ≥140mg/dL
Peso	_____ Kg	
Altura	_____ cm	
IMC	_____ Kg/m ²	Desnutrido < 18,4 Normal 18,5 a 24,9 Sobrepeso 25 a 29,9 Obesidade >30
Circunferência abdominal	_____ cm	 Baixo Risco - Menor que 80cm Risco Aumentado - De 80 a 88cm Risco Muito Aumentado - Maior que 88cm  Baixo Risco - Menor que 94cm Risco Aumentado - De 94 a 102cm Risco Muito Aumentado - Maior que 102cm
Findrisc	_____ Pontos	Risco baixo: < 7 pontos (1 em 100 desenvolve a doença) Risco levemente moderado: 7 a 11 pontos (1 em 25 desenvolve a doença) Risco moderado: 12 a 14 pontos (1 em 6 desenvolve a doença) Risco alto: 15 a 20 pontos (1 em 3 desenvolve a doença) Risco muito alto: >20 pontos (1 em 2 desenvolve a doença)

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

Nome completo

CRF/UF

Assinatura e carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nome fantasia

Razão social

CNPJ

Endereço

Este procedimento não tem finalidade de diagnóstico e não substitui a consulta médica e a realização de exames

OBSERVAÇÕES