



**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	3. Hora do atendimento
		____/11/2018	____ 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 <sup>2</sup> )	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 <sup>2</sup> ) do(a) paciente:	( ) <25 ( ) 25-30 ( ) >30	0 1 3
17. Assinale a faixa a circunferência abdominal do(a) paciente:	<b>Homens</b> ( ) <94 cm ( ) 94-102 cm ( ) >102 cm <b>Mulheres</b> ( ) <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