

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O MACC – DIABETES ALTO RISCO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Idade: ____ Celular: (____) _____

Unidade de Saúde: _____ ACS responsável: _____

Município: _____

2 - ESTRATIFICAÇÃO PARA ENCAMINHAR AO MACC:

Apresenta DM 1:

() SIM (não há necessidade de apresentar fator de risco)

Pacientes com Diabetes descontrolada (controle metabólico regular ou ruim – glicada acima de 7,1%)

Apresenta controle metabólico regular ou ruim (glicada) + controle pressórico inadequado nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas:

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| () Hemoglobina glicada acima de 7,1% | () Doença Vascular Periférica |
| () PA > 130/80* | () Pé Diabético |
| () Retinopatia diabética | () Neuropatia Sensitivo-motora |
| () Nefropatia Diabética | () Acidente vascular encefálico |
| () Insuficiência Renal Crônica | () Neuropatia Diabética |
| () Doença arterial coronariana | |

Paciente com Diabetes estabilizada (controle metabólico bom – glicada abaixo de 7%)*:

Apresenta controle metabólico bom + 1 ou mais internações por complicações agudas nos últimos 12 meses:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| () hemoglobina glicada abaixo de 7% | () internação por hipoglicemia |
| () internação por cetoacidose | () internação por síndrome hiperosmolar não cetótica |

Apresenta controle metabólico bom + 1 ou mais complicações crônicas*:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| () Hemoglobina glicada abaixo de 7% | () Doença Vascular Periférica |
| () Retinopatia diabética | () Pé Diabético |
| () Nefropatia Diabética | () Neuropatia Sensitivo-motora |
| () Insuficiência Renal Crônica | () Acidente vascular encefálico |
| () Doença arterial coronariana | () Neuropatia Diabética |

CONTROLE METABÓLICO (*conforme linha guia 2018)

Bom – hemoglobina glicada ≤ 7

Regular - hemoglobina glicada < 7 e <9

Ruim - hemoglobina glicada > 9

3 – ANAMNESE E CONDUTA REALIZADA NA UNIDADE: _____

4 -EXAMES SOLICITADOS OBRIGATÓRIOS (PEDIR PARA PACIENTE LEVAR EXAMES LABORATORIAIS E DEMAIS EXAMES NA CONSULTA):

Data exame: ____/____/____

Glicose jejum		Potássio	
Glicose Pós Prandial		Estimativa de taxa de filtração Glomerular	
Hemoglobina glicada		Parcial de Urina	
Creatinina		Microalbuminuria de urina 24hs	
Colesterol Total		Outros exames:	
Triglicérides			

5 - MEDICAÇÃO EM USO: _____

6 - OUTRAS CONDUTAS: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional