



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

(Deverá ser preenchido pelo Médico do SUS)

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome completo:

Sexo: () M () F

Data de Nascimento: __/__/____

CPF:

RG:

CNS:

Responsável:

CPF:

RG

CNS:

Endereço:

Município de residência: Sorriso

Telefone(s):

UF:

CEP:

TIPO DE DIABETES

Tipo 1 ()

Tipo 2 ()

Gestacional ()

Outros ()

INSULINA UTILIZADA/DOSES DIARIAS

NPH ()

Regular ()

Outra: _____

Horário:	____ UI	Horário:	____ UI	Horário:	____ UI
Horário:	____ UI	Horário:	____ UI	Horário:	____ UI
Horário:	____ UI	Horário:	____ UI	Horário:	____ UI

AUTOMONITORAMENTO

Diário ()

Semanal ()

QUANTIDADE DE MEDIÇÕES

01 ()

02 ()

03 ()

04 ()

Outra: _____

ORIENTAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Relato médico:

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL PRESCRITOR

Nome:

CRM:

Unidade Básica de Saúde:

Data: __/__/____

Profissional
(Assinatura e Carimbo)