

Roteiro para Visita Domiciliar na Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus

Identificação do Usuário

Unidade: _____ Área: _____ Microárea: _____ Família: _____

Nome do Agente Comunitário de Saúde: _____

Nome: _____

Sexo: _____ Data de nascimento: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Escolaridade: _____ Diagnóstico: _____

Hygia: _____

História do Usuário

Data da última consulta: ____/____/____

Data e últimos exames realizados: ____/____/____. _____

Doença(s) ou condições de saúde autorreferido: _____

Nome do médico que o acompanha: _____

Nome da enfermeira que o acompanha: _____

Antecedentes familiares: _____

Convênio de saúde: () sim () não Qual? _____

Presença de Complicações

Infarto Agudo do Miocárdio: () sim () não

Outras coronariopatias: () sim () não

Acidente Vascular Encefálico: () sim () não

Doença Renal: () sim () não

Pé Diabético: () sim () não () não se aplica

Amputação por Diabetes: () sim () não () não se aplica

Hábitos de vida

Tabagismo: () sim () não Quantidade de cigarros por dia: _____

Consumo de bebidas alcoólicas: () sim () não

Frequência da ingestão de álcool: () 1x/semana () 2-3 x/semana () mais de 3x/semana

Atividade física: () sim () não Tipo de atividade: _____

Hábitos alimentares(peça para que o usuário relate como se deu sua alimentação no dia da

visita): _____

Participa de grupos comunitários ou outras práticas educativas na UBS? () sim () não

Tratamento

Não medicamentoso: () Dieta () Atividade física () Práticas integrativas e complementares (acupuntura, fitoterapia, homeopatia) () Outros (benzedeira, chás, reiki, etc)

Medicamentoso: () sim () não

