FICHA B - DIA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	ANO ____

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO PROFISSIONAL:
_____	___	_____	____	___	

ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Observações
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:			data da visita do profissional													
			faz dieta													
			faz exercícios físicos													
Endereço:			usa insulina													
			toma hipoglicemiante oral													
			data da última consulta													
Nome:			data da visita do profissional													
			faz dieta													
			faz exercícios físicos													
Endereço:			usa insulina													
			toma hipoglicemiante oral													
			data da última consulta													
Nome:			data da visita do profissional													
			faz dieta													
			faz exercícios físicos													
Endereço:			usa insulina													
			toma hipoglicemiante oral													
			data da última consulta													
Nome:			data da visita do profissional													
			faz dieta													
			faz exercícios físicos													
Endereço:			usa insulina													
			toma hipoglicemiante oral													
			data da última consulta													