



# Minha identīficação

Nome:	
Como sou mais conhecido:	
Nº Cartão do SUS:	
Posto de saúde ou ponto de apoio em que sou atendido:	
Nº Cartão do SUS: Posto de saúde ou ponto de apoio em que sou atendido: Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e o Agente Indígena d	le Saúde de minha área:
4. 1	
Data de nascimento:/	
Documento de identidade:	
Endereço:	
Aldeia:	
Complemento:	
Complemento:Ponto de referência:	
CEP: - Cidade:	Estado:
CEP: Cidade: Telefone: Celular:	
Estado civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Separado Minha escolaridade: ( ) 8 anos ou mais de estudo ( ) de 4 a	o ( ) Outros 8 anos estudei
Se sim, quais?:	

Nome do remédio		Horários	
	<u></u> ₩ Manhä	🌥 Tarde	Noite

<sup>\*</sup> Use lápis para reutilizar a caderneta

Data e hora	Local	Tipo de consulta	Nome do Profissional
_ / /_ :_		consuttu	FTOIISSIOIIAL
/_/:_			
<del>``_</del>			
//::			
//::			
/			
/			
/:_			
/:_			
/			
/_/:_			
/_/:_			
/_/:_			
/_/:_			
/_/:_			
_ / / _ :			

# Minhas consultas agendadas

Data e hora	Local	Tipo de consulta	Nome do Profissional
_ / _/ :			
/_/:_			
/:_			
/			
/_/:_			
/:_			
/_/:_			
/_/:_			
/_/:_			
/_/:_			
/_/:_			
/_/:_			
/_/:_			
:			
//:_			
/ / :			

144V
(

Meu controle de saúde

Peso         VR*           Plessão Atlerial (PA)         130/80           Glicenia         VR*           Hemoglobina Glicada         VR*           Circunferência abdominal         VR*           Colesterot         700-100           HDL / LDL         700-100           HDL / LDL         500/40M           Triglicendeos         Creatina Sérica           Micraelbuminútia         VR*           TEG         VR*           TEG         VR*           Urina Tipo 1         VR*           Bel Albumina/Creatinina         VR*           TSH         VR*           TSH         VR*	Data	Meta
	Peso	VR*
	Pressão Arterial (PA)	130/80
	Glicemia	VR*
	Hemoglobina Glicada	VR*
	Circunferência abdominal	VR*
	Colesterol	200
	Total	70-100
	HDF / TDF	50F/40N
	Triglicerídeos	<150
	Creatinina sérica	VR*
	Microalbuminúria	VR*
	TFG	VR*
	TGO/AST	VR*
	TP6/ALT	VR*
	Creatinofosfoquinase (CPK)	VR*
	Urina Tipo 1	VR*
	Rel. Albumina/Creatinina	VR*
	TSH	VR*

\* Valores de referência

# 💛 Monitoramento da glicemia individualizada 🔹

Teste *	Adolescente	Adulto	Idoso	Gestante
Glicemia plasmática de jejum e pré-pranradial (mg/dl)	90 a 130	70 a 130	< 150	< 95
Glicemia 2 horas pós-prandial (mg/dl)	90 a 150	< 160	< 180	< 120
HbA1c(%)	< 7,5%	<7,5%	%8 >	%9 >



\*Adaptado das diretrizes clínicas diabetes mellitus - SMS/Fortaleza

۵ <del>+</del> د	Comprimidos/ Café da manhã Almoço	Café d	a manhã	All	υοέο	вС	Jantar	Noite	Noite (ceia)	Observações
B	Dose de insulina	Antes*	2H depois	<b>Dose de insulina</b>   Antes* 2H depois   Antes* 2H depois   Antes* 2H depois   Antes* 2H depois   Ex. sintomas de hipoglicemia						

<sup>\*</sup> ATENÇÃO: Os testes feitos antes das refeições devem ser realizados antes das injeções e de tomar medicamentos



A
OF ROS

Mês/ano:	
----------	--

Semana	Tipo de exercício	Frequência	Duração
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Semana	Tipo de exercício	Frequência	Duração
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			

Semana	Tipo de exercício	Frequência	Duração
44			
45			
46			
47			
48			

			•
X		Z	)
	4		•

# Mês/ano:

Semana	Tipo de exercício	Frequência	Duração
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Semana	Tipo de exercício	Frequência	Duração
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			

Semana	Tipo de exercício	Frequência	Duração
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			

		M	9
X		么	C
٦,	C		1

# Mês/ano:

Semana	Tipo de exercício	Frequência	Duração
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Semana	Tipo de exercício	Frequência	Duração
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			

Semana	Tipo de exercício	Frequência	Duração
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			

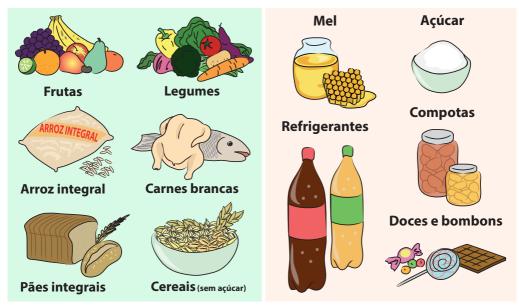




# Recomendação sobre alimentação

### É bom comer:

### Não é bom comer:





# Fique atento para alguns fatores de risco para diabetes mellitus (DM) tipo 2:



- \* Idade maior que 45 anos
- \* Sedentarismo
- \* Sobrepeso ou obesidade (IMC= peso(kg)/altura (cm)<sup>2</sup> > 25kg/cm<sup>2</sup>)
- \* Obesidade central, verificada através da circunferência abdominal (CA > 102 cm em homens e > 88cm em mulheres)
- \* Antecedentes familiar de DM (parentes de 1º grau)
- \* Hipertensão arterial sistêmica (PA > 140/90 mmHg)
- \* Colesterol  $HDL \le 35mg/dl$  e/ou triglicérides  $\ge 150mg/dl$
- \* História de doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida

Refeições	Horário	0 que comi:	
Quebra-jejum			
Merenda			
Almoço			
Merenda da Tarde			
Jantar			
Ceia			
bservações <b>:</b>			
bservações:	Horário	0 que comi:	
bservações <b>:</b>	Horário	0 que comi:	
bservações: Data:/ Refeições	Horário	0 que comi:	
bservações:	Horário	O que comi:	
Data: // Refeições Quebra-jejum Merenda	Horário	O que comi:	
bservações:	Horário	O que comi:	

# O meu de comer

Data			
Refeições	Horário	0 que comi:	
Quebra-jejum			
Merenda			
Almoço			
Merenda da Tarde			
Jantar			
Ceia			
Observações:			
	1		
Data: / /			

Refeições	Horário	0 que comi:
Quebra-jejum		
Merenda		
Almoço		
Merenda da Tarde		
Jantar		
Ceia		

Merenda da Tarde

Jantar

Ceia

Data:			
Refeições	Horário	0 que comi:	
Quebra-jejum			
Merenda			
Almoço			
Merenda da Tarde			
Jantar			
Ceia			
Observações:			
Data:	, 		
Refeições	Horário	0 que comi:	
Quebra-jejum			
Merenda			
Almaca			

Refeições	Horário	0 que comi:
Quebra-jejum		
Merenda		
Almoço		
Merenda da Tarde		
Jantar		
Ceia		
Observações:		
Data://	, 	
Refeições	Horário	0 que comi:
Quebra-jejum		
adobia jojami		
Merenda Merenda		
, ,		
Merenda		

20

Ceia

Jantar

Ceia

Refeições	Horário	O que comi:
Quebra-jejum		
Merenda		
Almoço		
Merenda da Tarde		
Jantar		
Ceia		
Observações:		
Data: / /		
Data:/ /	Horário	0 que comi:
	Horário	O que comi:
Refeições	Horário	O que comi:
Refeições Quebra-jejum	Horário	0 que comi:



Início do tra	atamento:	/		Térm	ino:	/	
Interrupçã	0:						
n (a) (a)		$\Lambda \Lambda \Lambda$	1 A M	(0)	M M	1.2	2.1
	8888		000	900	70	1.5	2.4
	<ul><li>S ⊕ ⊕ ⊕</li><li>1.5 1.4 1.3 1.2</li></ul>					1.7	
	4.5 4.4 <b>4.3</b> 4.2			~ ~		4.8	Ð
				_ ==		4.6	3.6
W IN IN	9999	7 7 (	000	of the	W M	4.4	$200^{3.5}$
Incisivos	Caninos	Pré-molare	es Mo	olares <b></b>	Sisos		4.1 3.1
Observaçõ	es da cons	ulta ao d	entista	n:/	/ /		
Observaçõ	es da cons	ulta an d	entista	a· /	, ,		
obsei vaço	C5 44 C0115	atta ao a	C1111310	··/	/		



Observações da consulta ao dentista:		
Observações da consulta ao dentista:	//	
Observações da consulta ao dentista:		
Observações da consulta ao dentista:	//	
Observações da consulta ao dentista:	//	



Observações da consulta ao dentista:/  Observações da consulta ao dentista:/  Observações da consulta ao dentista:/  Observações da consulta ao dentista:/	Observações da consulta ao dentista:	
Observações da consulta ao dentista:/  Observações da consulta ao dentista:/		
Observações da consulta ao dentista:/	Observações da consulta ao dentista:	
Observações da consulta ao dentista:/		
Observações da consulta ao dentista:/	Observações da consulta ao dentista:	//
Observações da consulta ao dentista: ///		
	Observações da consulta ao dentista:	

# Observações sobre minha saúde O

Profissional:	Data: _	/	/	
Profissional:	Data:	/	/	
Profissional:	Data: _	/	/	

# Observações sobre minha saúde O

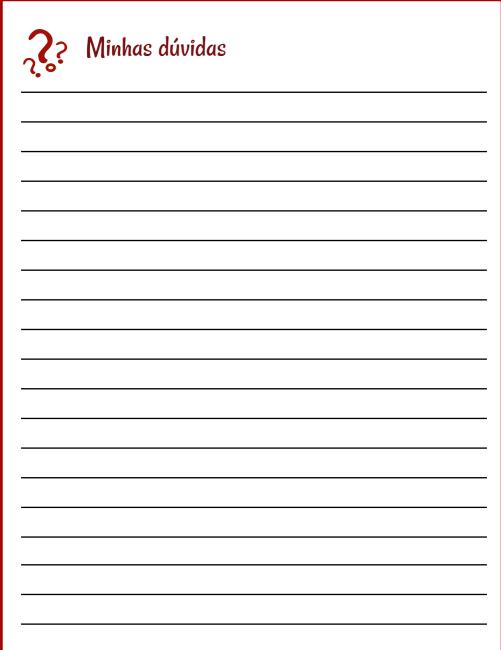


Profissional:	Data: _	/	/	
Profissional:	Data: _	/	/	
Profissional:	Data: _	/		

# Observações sobre minha saúde O



Profissional:	_Data: _	/	/	
Profissional:	_Data: _	/	/	
Profissional:		/	/	



"Quando você aprende a lidar com sua saúde, todo o resto fica mais fácil"





# Expediente:

Movimento Potygatapuia Joanna de Freitas Rocha (Ilustrações e Diagramação)

## Realização/apoio:







Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico



SECRETARIA ESPECIAL DE **SAÚDE INDÍGENA** 

MINISTÉRIO DA **SAÚDE**