



Unidade de Saúde				
ST:			CRS:	
Nome:			CNS:	
Peso:	Altura:	Circunferência Abdominal:	IMC:	PA:
Insulinas - ( ) NPH ( ) Regular ( ) Análogos - Qual:				
Dose e Horários:				
Dose e Horários:				
Medicamentos por via oral associados - Quais:				
Não usa medicamentos orais para Diabetes ( )				

Dia da Semana	Dia do Mês	Café		Almoço		Jantar		Outro horário	Observações
		Antes	2 h após	Antes	2 h após	Antes	2 h após		
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								

Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura profissional de Saúde

Nome: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Dia da Semana	Dia do Mês	Café		Almoço		Jantar		Outro horário	Observações
		Antes	2 h após	Antes	2 h após	Antes	2 h após		
	16								
	17								
	18								
	19								
	20								
	21								
	22								
	23								
	24								
	25								
	26								
	27								
	28								
	29								
	30								
	31								

Anotações da Unidade/Profissional de Saúde


Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura profissional de Saúde