

RENOVAÇÃO DE RECEITA

. Nome do paciente: _____

. CNS: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

. Por qual doença usa esse(s) medicamento(s)? _____

. PA agora: _____x_____ mmHg . Glicemia agora: _____ mg/dl
() Jejum () Pré-prandial () Pós-prandial

Está compensado no domicílio?

- PRESSÃO ARTERIAL? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- GLICEMIA CAPILAR? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- SAÚDE MENTAL? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- OUTROS? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

. Está tendo problemas com a medicação?

() SIM () NÃO. Qual(is)? _____

. Está tendo algum sintoma regularmente?

() SIM () NÃO. Qual(is)? _____

DATA: ____/____/____ ASSINATURA: _____

RENOVAÇÃO DE RECEITA

. Nome do paciente: _____

. CNS: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

. Por qual doença usa esse(s) medicamento(s)? _____

. PA agora: _____x_____ mmHg . Glicemia agora: _____ mg/dl
() Jejum () Pré-prandial () Pós-prandial

Está compensado no domicílio?

- PRESSÃO ARTERIAL? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- GLICEMIA CAPILAR? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- SAÚDE MENTAL? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- OUTROS? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

. Está tendo problemas com a medicação?

() SIM () NÃO. Qual(is)? _____

. Está tendo algum sintoma regularmente?

() SIM () NÃO. Qual(is)? _____

DATA: ____/____/____ ASSINATURA: _____

RENOVAÇÃO DE RECEITA

. Nome do paciente: _____

. CNS: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

. Por qual doença usa esse(s) medicamento(s)? _____

. PA agora: _____x_____ mmHg . Glicemia agora: _____ mg/dl
() Jejum () Pré-prandial () Pós-prandial

Está compensado no domicílio?

- PRESSÃO ARTERIAL? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- GLICEMIA CAPILAR? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- SAÚDE MENTAL? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- OUTROS? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

. Está tendo problemas com a medicação?

() SIM () NÃO. Qual(is)? _____

. Está tendo algum sintoma regularmente?

() SIM () NÃO. Qual(is)? _____

DATA: ____/____/____ ASSINATURA: _____

RENOVAÇÃO DE RECEITA

. Nome do paciente: _____

. CNS: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

. Por qual doença usa esse(s) medicamento(s)? _____

. PA agora: _____x_____ mmHg . Glicemia agora: _____ mg/dl
() Jejum () Pré-prandial () Pós-prandial

Está compensado no domicílio?

- PRESSÃO ARTERIAL? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- GLICEMIA CAPILAR? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- SAÚDE MENTAL? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA
- OUTROS? () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

. Está tendo problemas com a medicação?

() SIM () NÃO. Qual(is)? _____

. Está tendo algum sintoma regularmente?

() SIM () NÃO. Qual(is)? _____

DATA: ____/____/____ ASSINATURA: _____