

### Centro de Saúde de Olhão - Consulta do Pé Diabético

NOME: \_\_\_\_\_ NOP: \_\_\_\_\_

MÉDICO DE FAMÍLIA: \_\_\_\_\_ DATA NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ anos

CLASSIFICAÇÃO DA DIABETES:  TIPO 1  TIPO 2  GESTACIONAL  OUTROS

É PORTADOR DO GUIA DO DIABÉTICO  SIM  NÃO ANO DIAGNÓSTICO DIABETES: \_\_\_\_\_

CARACTERÍSTICAS DO DOENTE			OBSERVAÇÃO/ EXAME PÉ		
Autocontrolo glicemia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Hidratação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Alimentação equilibrada	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Temperatura	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Frio
Prática act. física	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Edema	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente
Insulinodependente	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Cuidados ungueais	<input type="checkbox"/> Bons	<input type="checkbox"/> Maus
Antidiabéticos orais	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Hiperqueratose	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Autonomia motora	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Onicogrifose	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente
Acuidade visual	<input type="checkbox"/> Adeq.	<input type="checkbox"/> Inadeq.	Onicomiose	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente
Hábitos tabágicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Dermatomicose	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Presente
Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Alt. estrutural	<input type="checkbox"/> Sim Qual? _____	
HTA	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não	
Dça Cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		Calçado	<input type="checkbox"/> Adeq.
Retinopatia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Amputação	<b>Major</b>	<b>Minor</b>
Nefropatia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Coxa	<input type="checkbox"/> Dedos
				<input type="checkbox"/> Perna	<input type="checkbox"/> Outras
				<input type="checkbox"/> Outras	
			Neuropatia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
			Táctil (Monofilamento)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
			Vibratória (Diapasão)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
			Parestesia/ Disestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>Grau de Risco</b>			<b>Arteriopatia</b>	<b>Dto</b>	<b>Esq.</b>
0	Sem neuropatia sensitiva	Anual	<b>Claudicação intermitente</b>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
1	Com neuropatia sensitiva	6/6 meses	<b>Dor em Repouso</b>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
2	Com neuropatia + dça vascular+ deformidades	3/3 meses	<b>Pulsos</b>	<b>Dto</b>	<b>Esq.</b>
3	Úlcera ou amputação prévia	1ou3meses		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N