GOVERNO DA PARAÍBA | Viva o trabalho.

SECRETARIA DE SAÚDE

CENTRO ESPECIALIZADO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIO DIABETES MELITUS 1

NOME:_____

IDADE: _____ **PESO ATUAL:**_____

HÁ QUANTO TEMPO FOI DIAGNOSTICADO?_____

FAZ USO DE INSULINA:SIM ☐ **NÃO** ☐ **QUANTO TEMPO:**_____

JÁ FEZ USO DE INSULINA REGULAR: SIM ☐ **NÃO** ☐ **TEMPO:**_____

JÁ FEZ USO DE INSULINA NPH: SIM ☐ **NÃO** ☐ **TEMPO:**_____

UTILIZA HIPOGLICEMIANTE ORAL(COMPRIMIDO): SIM ☐ **NÃO** ☐

FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA: SIM ☐ **NÃO** ☐

FUMA: SIM ☐ **NÃO** ☐ **FAZ ATIVIDADE FÍSICA?SIM** ☐ **NÃO** ☐

SEGUE ALGUMA DIETA: SIM ☐ **NÃO** ☐

PERDA DE PESO: SIM ☐ **NÃO** ☐

SEDE EXCESSIVA: SIM ☐ **NÂO** ☐

URINA EM EXCESSO: SIM ☐ **NÃO** ☐

É ACOMPANHADO(A) POR ENDOCRINOLOGISTA: SIM ☐ **NÃO** ☐

É ACOMPANHADO(A) POR NUTRICIONISTA: SIM ☐ **NÃO** ☐

FAZ GLICEMIA CAPILAR?SIM ☐ **NÃO** ☐ **QUANTAS VEZES AO DIA**_____

FEZ HIPOGLICEMIA? SIM ☐ **NÃO** ☐ **QUANTAS VEZES?**_____

FEZ HIPOGLICEMIA NOTURNA? SIM ☐ **NÃO** ☐ **QUANTAS VEZES?**_____

JÁ SE INTERNOU? SIM NÃO QUANTAS VEZES?_____