



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE FARMÁCIA E
BIOQUÍMICA

CADASTRO DE PACIENTE DIABÉTICO INSULINODEPENDENTE

DADOS PESSOAIS DO PACIENTE	
Nome completo:	
Cartão SUS:	Tel.:
U.S. de origem:	Tel.:
Nome do médico assistente:	Prontuário:
Nome do responsável legal:	

DADOS DO DIABETES	
TIPO: 1 () 2 () DG ()	DATA DIAGNÓSTICO: ____ / ____ / ____
HISTÓRICO DE HIPOGLICEMIA: SIM () NÃO ()	Nº EPISÓDIOS/MÊS: _____
ATIVIDADE FÍSICA: SIM () NÃO ()	HIPERTENSO: SIM () NÃO ()

MONITORAÇÃO	
AUTOMONITORAÇÃO: SIM () NÃO ()	Nº TESTES/DIA: _____
JUSTIFICATIVA P/ MAIS DE 3 TESTES DIA: _____ _____	

INFORMAÇÕES AO PACIENTE
<p>Documentos que devem ser apresentados ao Serviço de Farmácia da Unidade de Referência, juntamente com este formulário devidamente preenchido:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Cópia do comprovante de residência atualizado;2. Cópia do cartão SUS – Maceió;3. Cópia da carteira de Identidade;4. Cópia do cadastro HIPERDIA (exceto diabetes gestacional);5. Prescrição de insulina, proveniente do município de Maceió, prescrito em duas vias pelo médico assistente.

Maceió (AL), ____ / ____ / ____

Assinatura/Carimbo Médico Assistente



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE FARMÁCIA E
BIOQUÍMICA

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Pelo presente **TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE**, eu,
_____, brasileiro(a), RG _____, CPF
_____, residente à rua _____, nº _____,
bairro _____, CEP _____, contato pelo telefone _____,
mediante este instrumento de aceitação assumo ter recebido um glicosímetro (n. série _____)
e me comprometo a:

- 1º) Zelar pelo bom manuseio e conservação do aparelho de verificação de glicemia capilar, de propriedade da Secretaria Municipal de Saúde;
- 2º) Em caso de perda ou roubo, fazer boletim de ocorrência e encaminhar documento para farmácia de referência onde estou cadastrado, para resgatar um novo aparelho;
- 4º) Em caso de defeito do aparelho, procurar o Serviço de Farmácia onde estou cadastrado para trocá-lo;
- 5º) Caso se faça necessário, comprometendo-me a devolvê-lo em perfeito estado.

Maceió (AL), _____ de _____ de _____

(Assinatura do paciente conforme identidade)

(Assinatura do responsável pela dispensação)

Atestamos que o equipamento foi devolvido em ____ / ____ / ____, nas seguintes condições:

- () Em perfeito estado
- () Apresentando defeito
- () Faltando peças ou acessórios

(Responsável pelo recebimento)

