

# RELATÓRIO DE REFERÊNCIA DO PACIENTE DE HIPERTENSÃO, DIABETES E OBESIDADE PARA O CEDOHC



ID: 6829853

Unidade de saúde de origem

Distrito

Nome do paciente

Data de nascimento:

N.º cartão SUS:

Data do encaminhamento:

Telefone:

Paciente encaminhado para **Centro de Referência em Doenças Crônicas** para avaliação por médico especialista em \_\_\_\_\_ de acordo com o(s) critério(s) de referência que seguem (assinalar os círculos abaixo conforme as necessidades clínicas):

## DIABETES MELLITUS

- Diabetes mellitus 1
- Diabetes mellitus em insulinoterapia intensiva **com 4 ou mais aplicações de insulina e sem controle e/ou contagem de carboidratos.**
- Gestantes diabéticas ou com diabetes gestacional
- Diabetes mellitus 2 com:
- Nefropatia >= ESTÁGIO 3 com eGF < 60ml/min.
  - Doença cardiovascular (IAM; angina comprovada ECG ou cintilografia miocárdica ou cateterismo)
  - AVE em **fase aguda ou subaguda** comprovado por TC e relatório médico
  - AVE em fase crônica
  - Doença cardiovascular periférica (amputação por isquemia, revascularização de MMII e pé diabético)
  - Retinopatia diabética
- DM pós-transplante de órgãos
- DM e disfunção tireoidiana descompensada

## OBESIDADE

- Obesidade grau 3 (IMC >40)
- Obesidade grau 2 (IMC entre 35 e 40) e, pelo menos, **duas comorbidades:**
- Apneia de sono
  - HAS
  - Diabetes
  - Hérnia discal
  - Hiperlipidimias (colesterol total >280mg%, triglicérides >300mg%)
  - Outras comorbidades



REVISADO EM 04 DE SETEMBRO DE 2024

1

## HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

- HAS refratária ao tratamento (sem controle **com doses máximas** de hipertensivos combinados).
- HAS com doença cardiovascular:
  - IAM ou angina comprovada por EGC ou cintilografia miocárdica ou cateterismo.
  - AVE em **fase aguda ou subaguda** comprovado por TC e relatório médico
  - AVE em fase crônica
- HAS e **duas das comorbidades**:
  - Apneia de sono  Obesidade grau 2 (IMC>35)  Diabetes
  - Hiperlipidimias (colesterol total>280mg%, triglicérides>300mg%).

## DESCRIÇÃO SUMÁRIA

(Diagnóstico principal, medicamentos, motivo do encaminhamento)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura e carimbo do médico responsável pela avaliação