

Unidade de saúde de origem

Nome do paciente

Data de nascimento:

N.º Prontuário:

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 \geq ESTÁGIO 3 com eGF < 60 ml/min pela fórmula $(140 - \text{idade}) \times \text{peso (kg)}$.
 - Doença cardiovascular (IAM; angina comprovada ECG ou cintilografia miocárdica ou cateterismo).
 - AVE em **fase aguda ou subaguda** comprovado por TC e relatório médico.
 - Doença cardiovascular periférica (amputação por isquemia, revascularização de MMII e pé diabético).
- 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 > 280 mg%, triglicérides > 300 mg%)

► Para obesidade, devem-se encaminhar os exames originais: TSH, T4 livre, AST, ALT, GAMA GT, creatinina, colesterol total, HDL, LDL, ácido úrico, glicemia de jejum, sumário de urina.



