

Medicamento	Dosagem	Hora

Nome: _____

Alergias: _____

EU TENHO DIABETES. Se eu estiver agindo de forma estranha ou caso não consiga acordar-me, o meu nível de açúcar no sangue pode estar baixo.

- Caso não seja possível acordar-me ou se eu não conseguir engolir, não tente me dar nada pela boca. Favor contatar **imediatamente os Serviços Médicos de Emergência (911)**.
- Se eu conseguir engolir, dê-me 4 ou 6 onças de suco/sumo de frutas, refrigerante regular ou qualquer outra fonte de açúcar. Se eu não melhorar dentro de 10 a 15 minutos, contate **imediatamente os Serviços Médicos de Emergência (911)**.

Médico: _____ Telefone: () _____

Orientador de Diabetes: _____ Telefone: () _____

Dietista: _____ Telefone: () _____

Farmacêutico: _____ Telefone: () _____

Oculista: _____ Telefone: () _____

Podiatra: _____ Telefone: () _____

Dentista: _____ Telefone: () _____

Contato para Emergência: _____ Telefone: () _____

Ajude os outros a lhe ajudarem usando a sua identificação médica. Para informações, ligue para MedicAlert pelo número 1-800-763-3429.

Cartão de cuidados para diabetes

PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DIABETES



Trabalhando juntos para a prevenção e controle DE **DIABETES**

Departamento de Saúde Pública de Massachusetts

Traga consigo este cartão para todas as consultas com o seu médico ou orientador de diabetes. Discuta todas estas dúvidas durante a consulta e use o quadro abaixo para anotar seus resultados para que você possa controlar a sua diabetes.

Teste/Serviço (Frequência)	Alvo	Data	Data	Data	Data
	Minha meta				
A1C (a cada 3-6 meses)	< 7 %				
Examinar registros nos níveis de glicose (açúcar) no sangue (todas as consultas)					
Pressão sanguínea/ arterial (todas as consultas)	< 130/80 mmHg				
Peso (todas as consultas)					
Exame dos pés (todas as visitas)					
Perfil de lipídeo (anualmente ¹) LDL ²	< 100 mg/dl				
HDL ³	homens > 40 mg/dl mulhers > 50 mg/dl				
Triglicerídeos	< 150 mg/dl				
Colesterol Total	< 200 mg/dl				
Microalbuminúria (anualmente)					
Exame de vista dilatada (anualmente)					
Exame dentário (2x/ano)					
Vacina contra gripe (anualmente)					
Vacina contra pneumonia (normalmente somente uma vez)					
Treinamento para auto-administração (inicial/contínuo)					

¹ A cada 2 anos se os resultados caírem para níveis de risco mais baixos

² LDL = Densidades baixas de lipoproteína

³ HDL = Densidades altas de lipoproteína

Legenda dos símbolos

< menor que
> maior que