

ANOTAR OCORRÊNCIAS REFERENTES AOS DIAS - MÊS: _____/20____

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31


**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

Secretaria Municipal da Saúde
PROGRAMA AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO (AMG)



**CARTÃO MENSAL DE CONTROLE GLICÊMICO
PROGRAMA AMG**

MÊS: _____/ 20____

DATA DE RETORNO:

NOME: _____ () Gestante

CNS (Cartão SUS)

Médico Responsável:

Peso:

Altura:

IMC:

Circ. Abdominal:

Própria UBS ()

Rede Externa SUS ()

Rede Privada: Convênio ()

Cons. Particular ()

Insulinas: () NPH / () Regular / () Análogas - Qual:

Medicamentos por via oral:

Doses e Horários:

CAMPO AVALIAÇÃO MÉDICA: Após avaliação deverá ser arquivado no prontuário

CAMPO AVALIAÇÃO: ENFERMEIRO (A) – FARMACÊUTICO (A)

Após avaliação deverá ser arquivado no prontuário

