

ANEXO XII – Formulário para solicitação de glicosímetro

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE GLICOSÍMETRO

Nº DO PROCESSO		UNIDADE DE SAÚDE	
NOME DO PACIENTE			
ENDEREÇO			
TELEFONE			

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (todos os critérios devem estar atendidos)
() Inscrito e participante do Programa de Diabetes na Unidade de Saúde de Referência.
() Portador de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) OU Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) insulino-dependente OU Diabetes gestacional.
() Passou por avaliação do enfermeiro, e/ou farmacêutico, e/ou médico.

____/____/____

Data

Ciência do Coordenador