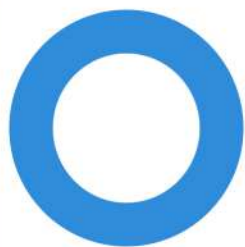




D

Planner

DM1



Planner Diabético

Nome: *Débora Queiroz*

Telefone: *2031-1561*

Cel: *98398-0879*

Email: *deboraqueirozfotos@gmail.com*

Endereço: *R Flor de Noiva 63*

CEP: *08061-280*

Bairro: *São Miguel Pta*

UF: *SP*

DADOS PESSOAIS

Tipo Sanguíneo _____

Diabete *Tipo I*

Há quanto tempo *49 anos*

Remédio Utilizado *Insulina Levemir / Insulina Novorapid*

Convênio *GreenLine / Intermédica*

Nº da Carteirainha _____

Plano _____

Telefones para Marcar Consultas _____

SUS Nº _____



Visita aos Especialistas



Psicólogo: _____

Data _____
Data _____
Data _____
Data _____
Data _____
Data _____

Data _____
Data _____
Data _____
Data _____
Data _____
Data _____

Data _____
Data _____
Data _____
Data _____
Data _____
Data _____

Outro: _____

Data : _____ Data: _____ Data: _____ Data: _____

Extras: _____

Outro: _____

Data : _____ Data: _____ Data: _____ Data: _____

Extras: _____

Outro: _____

Data : _____ Data: _____ Data: _____ Data: _____

Extras: _____

Outro: _____

Data : _____ Data: _____ Data: _____ Data: _____

Extras: _____



Agendamento



Agendamento da retirada dos Insumos SUS

Mês	Dia	Horário	
Janeiro			
Fevereiro			
Março			
Abril			
Maio			
Junho			

Mês	Dia	Horário	
Julho			
Agosto			
Setembro			
Outubro			
Novembro			
Dezembro			

Agendamento da retirada das Insulinas

Mês	Dia	Relatório	
Janeiro			
Fevereiro			
Março			
Abril			
Maio			
Junho			

Mês	Dia	Relatório	
Julho			
Agosto			
Setembro			
Outubro			
Novembro			
Dezembro			

*Para o Relatório é necessário uma receita do médico com o nome GLUCAGEM, ASPARTE E INSULINA DETEMIR com a dosagem mensal.

*O Relatório tem que ser trocado de 6 em 6 meses.



Controle Financeiro



MÊS _____

Marque aqui todos os gastos mensais que foram direcionados a Diabetes

Adiantamento _____

Pagamento _____

Extras _____

Total _____

DESPESA FIXA	DATA	VALOR
TOTAL		

DATA	DESPESAS VAR.	VALOR	PG COM
TOTAL			

Despesas Fixas _____

Despesas Variáveis _____

Total das Despesas _____

OBS _____



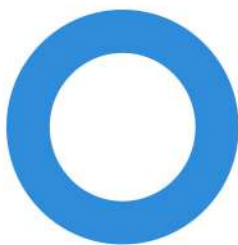
Monitoração da Glicose

MAPA GLICÊMICO

PREENCHA OS ANÉIS A PARTIR DO CENTRO DE ACORDO COM O NÍVEL DE SATISFAÇÃO EM CADA ÁREA.

DATA	GLICEMIA JEJUM	GLICEMIA 2H APÓS CAFÉ	GLICEMIA ANTES ALMOÇO	GLICEMIA 2H APÓS ALMOÇO	GLICEMIA ANTES JANTAR	GLICEMIA 2H APÓS JANTAR	GLICEMIA AO DEITAR	GLICEMIA 3H	ANO: MÊS: OBSERVAÇÕES

Todas as vezes que você apresentar uma glicemia muito alta ou baixa, anote em "Observações" o horário e a sua opinião sobre o porquê desta alteração
(ex: Você estava muito nervoso, erou na dose da insulina, esqueceu de aplicar uma das doses de insulina, atrasou a refeição, comeu muito, comeu pouco, comeu alimento diferente, fez muito exercício, etc)



Mês em Pixel

Atribua uma cor para cada quadrado da legenda e depois pinte os dias de acordo com o sentimento do dia

Mês _____

	Dia Maravilhoso
	Dia Bom Glicemia na Meta
	Dia Feliz
	Dia Agitado
	Dia Cansativo
	Dia Difícil
	Dia Normal

Ao Final do Mês , faça uma análise de como andam seus ânimos.



Roda da Vida

PREENCHA OS ANÉIS A PARTIR DO CENTRO DE ACORDO COM O NÍVEL DE SATISFAÇÃO EM CADA ÁREA.

