

**DOENÇA CEREBROVASCULAR E RENAL ESTABELECIDAS**

**Doença arterial coronariana**

- ( ) Angina estável ou instável
- ( ) Infarto do miocárdio
- ( ) Revascularização do miocárdio: percutânea (angioplastia) ou cirúrgica
- ( ) Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada
- ( ) Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores
- ( ) Doença renal crônica estágio 4 (RFG-e < 30ml/min/1,73m<sup>2</sup>) ou albuminúria > 300mg/24h
- ( ) Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema

**Doença cerebrovascular**

- ( ) AVE isquêmico
- ( ) Hemorragia cerebral
- ( ) Ataque isquêmico transitório

**HISTÓRIA PREGRESSA**

Descrever a história pregressa e atual do paciente, condições e hábitos de vida (uso de álcool e cigarro), história mórbida familiar e transtornos do humor.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Local e data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

**RESULTADO DE EXAMES**

Exame	Data	Resultado
Hemoglobina glicada		
Dosagem de ácido úrico		
Dosagem de creatinina		
Dosagem de colesterol total		
Dosagem de HDL - Colesterol		
Dosagem de LDL - Colesterol		
Dosagem de triglicerídeos		
Dosagem de potássio		
Urina		
Eletrocardiograma		

Anexar os exames recentes (laboratoriais e de imagem) que possam subsidiar o cuidado compartilhado com a Atenção Ambulatorial Especializada.

**PARA USO DO CONSÓRCIO**

**DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO**

Motivo da Devolução: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data da Devolução: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_