

SUSPEITA DIAGNÓSTICA:

DATA _____ DA _____ ENTREVISTA: _____ MÉDICO
SOLICITANTE: _____

CONTATO _____ DO _____ MÉDICO
SOLICITANTE: _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME: _____

FICHA: _____ TELEFONE _____ DE
CONTATO: _____

DATA _____ DE _____ NASCIMENTO: _____
GÊNERO: _____

PESO AO NASCIMENTO: _____

HIPOGLICEMIA AO NASCIMENTO _____

HIPERGLICEMIA _____ DURANTE
GESTAÇÃO: _____

IDADE _____ DO _____ DIAGNÓSTICO _____ DE
HIPERGLICEMIA/DIABETES: _____

PESO _____ AO _____ DIAGNÓSTICO: _____ ALTURA _____ AO
DIAGNÓSTICO: _____

IMC AO DIAGNÓSTICO: _____ IMC ATUAL: _____

IMC PAI: _____ IMC DA MÃE: _____

TERAPIA _____ INICIAL, _____ DOSE _____ E
DURAÇÃO: _____
Responsável Técnico

TERAPIA _____ ATUAL, _____ DOSE _____ E
DURAÇÃO: _____
Dr. João Baptista Macuco Janini
CRMMG 10417

COMPLICAÇÕES DO DIABETES:

SIM NÃO

QUAIS: _____

USO DE INSULINA NOS PRIMEIROS 6 MESES DO DIAGNÓSTICO:

SIM NÃO

SENSIBILIDADE A SULFAS (BOA RESPOSTA OU HIPOGLICEMIAS?):

SIM NÃO

DOENÇA RENAL

SIM NÃO SE SIM VALOR DE
CREATININA: _____

CISTOS RENAIIS SIM NÃO

DISPLASIA RENAL OU AGENESIA SIM NÃO

PRESENÇA DE LIMIAR RENAL DIMINUÍDO PARA GLICOSE SIM NÃO

ADENOMA HEPÁTICO SIM NÃO

ACANTOSE NIGRICANTE SIM NÃO

SURDEZ SIM NÃO

EXAMES LABORATORIAIS:

GLICEMIA DE JEJUM (mg/dL): _____ GLICEMIA APÓS 2H
TTOG: _____

DATA TTOG: _____

VALOR E DATA DE HbA1c: _____ INTERVALO DE
HbA1c: _____

RESULTADO DE ANTI-GAD: _____ VALOR DE
REFERÊNCIA: _____

RESULTADO DE ANTI-IA2: _____ VALOR DE
REFERÊNCIA: _____

RESULTADO DE ANTI-IAA: _____ VALOR DE
REFERÊNCIA: _____

RESULTADO DE ANTI-ZnT8: _____ VALOR DE
REFERÊNCIA: _____

DOSAGEM DE PEPTIDEO
C: _____ GLICEMIA: _____

PROTEINA REATIVA: _____ TRIGLICERÍDEOS: _____ C

COLESTEROLA TOTAL E
FRAÇÕES: _____

HISTÓRIA FAMILIAR:

PAI COM DM

SIM NÃO

SE SIM, IDADE E PESO AO DX, TERAPIA
ATUAL: _____

MÃE COM DM

SIM NÃO

SE SIM, IDADE E PESO AO DX, TERAPIA
ATUAL: _____

PAI DO PAI COM DM: SIM NÃO

MÃE DO PAI COM DM: SIM NÃO

PAI DO MÃE COM DM: SIM NÃO

MÃE DO MÃE COM DM: SIM NÃO

IRMÃOS COM DM SIM NÃO

SE SIM, IDADE E PESO AO DX, TERAPIA
ATUAL: _____

FILHOS COM DM SIM NÃO

SE SIM, IDADE E PESO AO DX, TERAPIA
ATUAL: _____

OUTROS FAMILIARES COM DM SIM NÃO

SE SIM, IDADE E PESO AO DX, TERAPIA
ATUAL: _____

Responsável Técnico
Dr. João Baptista Macuco Janini
CRMMG 10417

HISTÓRIA FAMILIAR DE CISTOS RENAI, AGENESIA, INSUF. RENAL: SIM NÃO

HISTÓRIA FAMILIAR DE SURDEZ SIM NÃO

EM CASO DE SUSPEITA DE LIPODISTROFIAS HEREDITÁRIAS:

PAI E MÃE RELACIONADOS: SIM NÃO

SE SIM, QUAL O
PARENTESCO: _____

CIDADE DE NASCIMENTO DO PAI: _____ MÃE: _____

ALTERAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO DE GORDURA CORPORAL:

SIM NÃO

SE

SIM,

ESPECIFICAR: _____

CARDIOMIOPATIA:

SIM NÃO

DOSAGEM

DE

LEPTINA: _____

HEREDOGRAMA:



Responsável Técnico
Dr. João Baptista Macuco Janini
CRMMG 10417