



CONTROLE DE HIPERTENSÃO/DIABETES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



UBS: _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

FONE: _____ DN: _____

EQUIPE: _____ MICRO ÁREA: _____ FAMÍLIA: _____

MEDICAMENTOS: _____

Para continuar a receber o medicamento:

- Não falte as consultas;
- Siga as orientações de equipe de saúde;
- Participe das atividades educativas;
- Esclareça suas dúvidas somente com a equipe de saúde;
- Não abandone o tratamento.

CONTROLE SUA PRESSÃO ARTERIAL E/OU SUA GLICEMIA PERIODICAMENTE AO CONSULTAR APRESENTE ESTE CARTÃO AO SEU MÉDICO

[illegible]