

MUNICÍPIO 	SEGMENTO 	UNIDADE 	ÁREA 	MICROÁREA 	NOME DO ACS:
---------------	--------------	-------------	----------	---------------	--------------

**ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS**

Identificação	Sexo	Idade	Fumante		Data da visita do ACS	Faz dieta	Toma a medicação	Faz exercícios físicos	Pressão arterial	Meses												Observações			
			sim	não						Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez				
Endereço: 9500-8000					Data da última consulta																				
Nome:					Data da visita do ACS																				
Endereço:					Faz dieta																				
Endereço:					Toma a medicação																				
Endereço:					Faz exercícios físicos																				
Endereço:					Pressão arterial																				
Nome:					Pressão arterial																				
Endereço:					Data da última consulta																				
Nome:					Data da visita do ACS																				
Endereço:					Faz dieta																				
Endereço:					Toma a medicação																				
Endereço:					Faz exercícios físicos																				
Endereço:					Pressão arterial																				
Endereço:					Pressão arterial																				
Endereço:					Data da última consulta																				

**ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS**

Identificação	Sexo	Idade	Fumante		Observações											
			sim	não												
					Meses											
					Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Nome:					Data da visita do ACS											
					Faz dieta											
					Toma a medicação											
					Faz exercícios físicos											
					Pressão arterial											
Endereço:					Data da última consulta											
					Data da visita do ACS											
					Faz dieta											
					Toma a medicação											
					Faz exercícios físicos											
Endereço:					Pressão arterial											
					Data da última consulta											
					Data da visita do ACS											
					Faz dieta											
					Toma a medicação											
Endereço:					Faz exercícios físicos											
					Pressão arterial											
					Data da última consulta											
					Data da visita do ACS											
					Faz dieta											
Endereço:					Toma a medicação											
					Faz exercícios físicos											
					Pressão arterial											
					Data da última consulta											
					Data da visita do ACS											