



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

DIABETES

FICHA EPIDEMIOLOGICA

Establecimiento	Nº H.C.	Nº de Ficha

I. Datos del Paciente

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres

Sexo	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad
<input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nº DNI	<input type="text"/>
---------------	----------------------

Grado de instrucción	<input type="text"/>
1 Primaria incompleta 2 Primaria completa 3 Secundaria incompleta 4 Secundaria completa 5 Superior no univ. Incompl. 6 Superior no univ. Compl. 7 Superior univ. Incomp. 8 Superior univ. Compl. 9 Ninguno	

Lugar de residencia		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Departamento	Provincia	Distrito

Dirección	Teléfono fijo	Celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tiene un Seguro de salud? 1. Si 2. No

Tipo de seguro de salud	<input type="text"/>
1 SIS 6 FF.AA/PNP 7 Privado Prepago 8 Privado Autoseguro Privado Seguro de Asistencia 9 médica 10 OTRO	11 ESSALUD Regular-Trabajador dependiente 12 ESSALUD Regular-Trabajadora del hogar 13 ESSALUD regular -trabajador de construcción civil 14 ESSALUD regular-trabajador portuario 15 ESSALUD Regular-pescador artesanal independiente
	16 Afiliado a la Caja del Pescador 17 ESSALUD regular-pensionista 18 Seguro Agrario 19 ESSALUD-Seguro potestativo 20 ESSALUD + Vida 21 ESSALUD + Protección SCTR

II. Fecha de captación

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Tipo de caso: 1. Caso nuevo (incidente)
2. Caso prevalente

Tiempo de enfermedad años meses

Tipo de diabetes:

1. Tipo 1 2. Tipo 2 3. Gestacional 4. Secundaria
5. Pre-diabetes 6. No Clasificada 7. Otro

Especificar _____

Peso corporal	<input type="text"/>	Kg.
Talla	<input type="text"/>	m/cm
Perímetro de cintura	<input type="text"/>	cm.
PA sistólica	<input type="text"/>	mm Hg
PA diastólica	<input type="text"/>	mm Hg

Consultas por Diabetes (últimos 12 meses)

III. Datos de Laboratorio

Glicemia (ayunas)	<input type="text"/>	mg/dL
Glicemia Post Prandial	<input type="text"/>	mg/dL
TTG (2 horas)	<input type="text"/>	mg/dL
Hemoglobina Glicosilada	<input type="text"/>	%
Microalbuminuria	<input type="text"/>	mg/24 horas
Proteinuria (24 h)	<input type="text"/>	mg/dL
Colesterol LDL	<input type="text"/>	mg/dL
Colesterol Total	<input type="text"/>	mg/dL
Triglicéridos	<input type="text"/>	mg/dL
Colesterol HDL	<input type="text"/>	mg/dL
Creatinina sérica	<input type="text"/>	g/24 horas

Estado del caso al momento de la consulta:

- 1 Controlado / Estable
 2 Complicado
 3 Muerto

Hospitalizaciones por Diabetes (últimos 12 meses)

4 Descompensado

IV. Comorbilidad

(marque una o mas)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Hipertensión arterial | <input type="radio"/> Enf. Tiroidea |
| <input type="radio"/> Obesidad | <input type="radio"/> Tuberculosis |
| <input type="radio"/> Dislipidemia | <input type="radio"/> Fuma actualmente |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Cáncer |
| <input type="radio"/> Hígado graso | <input type="radio"/> Tipo de cáncer |

Otra

V. Complicaciones

El Caso fue Evaluado? No Si

Complicación(es) detectada(s) en la evaluación.

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Polineuropatía | <input type="radio"/> Nefropatía diabética |
| <input type="radio"/> Retinopatía no proliferativa | <input type="radio"/> Enf. Isquémica corazón |
| <input type="radio"/> Retinopatía proliferativa | <input type="radio"/> Enf. Cerebrovascular |
| <input type="radio"/> Pie diabético (s/amputación) | <input type="radio"/> Enf. Arterial periférica |
| <input type="radio"/> Pie diabético (c/amputación) | |
| <input type="radio"/> Episodios de hipoglicemia (últimos 6 meses) | |

VI. Tratamiento

Tratamiento no medicamentoso: SI NO

Tratamiento Medicamentoso

Tipo de Medicamento (seleccione una o mas)

- 1 Metformina
- 2 Sulfonilureas
- 3 Inhibidores DPP-IV
- 4 Insulinas Humanas
- 5 Insulinas análogas
- 6 Glitazonas
- 7 Glifozinas
- 8 Agonistas de receptores GLP 1
- 9 Otros _____

Tiempo que esta en tratamiento

 años meses

Recibió Educación en Diabetes SI NO

Cumplimiento del tratamiento

1 Cumple 2 No cumple

3 Iniciando tratamiento

Médico tratante: _____

CMP: _____

Profesional que completó la Ficha

Colegio: _____

OBSERVACIONES

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

web: www.dge.gob.pe ; correo: notificación@dge.gob.pe

Calle Daniel Olaechea N° 199- Jesús María - Lima 11; Central 631-4500