



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

# DIABETES

## FICHA DE SEGUIMIENTO

Establecimiento	Nº H.C.	Nº de Ficha

### Datos del paciente

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres

Número DNI	Teléfono de contacto	Celular del paciente

### Dirección actual

--

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

### Tipo de seguro de salud

--

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

### Fecha de Control:

--	--	--

Tiempo de enfermedad  años  meses

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

Número de consultas por diabetes (últimos 12 meses)

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

Número de hospitalizaciones por diabetes (últimos 12 meses)

### Exámenes bioquímicos durante el Control:

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/24 horas
Creatinina sérica	<input type="text"/>	mg/dL
LDL	<input type="text"/>	mg/dL
Col. Total	<input type="text"/>	mg/dL
Triglicéridos	<input type="text"/>	mg/dL
HDL	<input type="text"/>	mg/dL

### Estado del caso al momento del control

- 1 Controlado / Estable
- 2 Complicado
- 3 Muerto
- 4 Descompensado

### Comorbilidad al momento del Control del caso

(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


### Complicaciones durante el Control:

- El caso fue evaluado?  No  Si
- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Neuropatía                                  | <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) |  |

<p><b>Tratamiento</b></p> <p><input type="radio"/> No medicamentoso                      <input type="radio"/> SI    <input type="radio"/> NO</p> <p><u>Tratamiento Medicamentoso</u></p> <p>Tipo de Medicamento (seleccione una o mas)</p> <p>1 Metformina</p> <p>2 Sulfonilureas</p> <p>3 Inhibidores DPP-IV</p> <p>4 Insulinas Humanas</p> <p>5 Insulinas análogas</p> <p>6 Glitazonas</p> <p>7 Glifozinas</p> <p>8 Agonistas de receptores GLP 1</p> <p>9 Otros _____</p> <p>Tiempo que esta en tratamiento</p> <p><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> años                      <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> meses</p> <p>Recibió Educación en Diabetes                      <input type="radio"/> SI    <input type="radio"/> NO</p> <p>Cumplimiento del tratamiento                      <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p>1 Cumple                      2 No cumple</p>	<p><b>Médico tratante</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>CMP:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Profesional que completó la Ficha</b></p> <p>_____</p> <p><b>Colegio:</b> _____</p> <p><b><u>OBSERVACIONES</u></b></p>
---	---

**CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES**

web: [www.dge.gob.pe](http://www.dge.gob.pe) ; correo: [notificación@dge.gob.pe](mailto:notificación@dge.gob.pe)

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