



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

DIABETES FICHA EPIDEMIOLÓGICA

Establecimiento

Nº H.C.

Nº de Ficha

I. Datos del Paciente

Ap. Paterno

Ap. Materno

Nombres

Sexo

1. Masculino
2. Femenino

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

--	--	--

Edad

--

Documento de Identidad

DNI

C. Extranjería

Otro

Nº Doc.

Grado de instrucción

- | | | | | | |
|-------------------|--------------------------|--------|---------------|-----------------|---------------------|
| 1 Sin instrucción | 4 Superior técnica | Etnia | 1 Nativo | 3 Blanco | 4 Mestizo |
| 2 Primaria | 5 Superior universitaria | | 2 Afroperuano | 5 Asiatico | 6 Otro |
| 3 Secundaria | | Idioma | 1 Castellano | 2 Lengua nativa | 3 Lengua extranjera |

País de Nacimiento

PAÍS	Departamento	Provincia	Distrito
Lugar de residencia		Idioma	1 Castellano 2 Lengua nativa 3 Lengua extranjera
	Departamento	Provincia	Distrito
Dirección		Teléfono fijo	Celular

Tiene un Seguro de salud?

1. Si 2. No

Tipo de seguro de salud

- | | | |
|----------------------------|---------------------------------|--|
| 0 Sin seguro | 5 EsSALUD-Régimen especiales | 10 Privado Nacional -Seguro de asistencia médica |
| 1 SIS | 6 FFAA/PPNP (titular) | 11 Privado Extranjero |
| 2 EsSALUD-REGULAR-Titular | 7 FFAA/PPNP (familiar) | 12 No especificado |
| 3 EsSALUD-REGULAR-Familiar | 8 Privado Nacional - Pre-Pagas | |
| 4 EsSALUD-Facultativo | 9 Privado Nacional -Auto-Seguro | |

II. Fecha de captación

--	--	--

III. Datos de Laboratorio

Glicemia (ayunas)	mg/dL
Glicemia Post Prandial	mg/dL
TTG (2 horas)	mg/dL
Hemoglobina Glicosilada	%
Microalbuminuria	mg/24 horas
Proteinuria (24 h)	g/24 horas
Colesterol LDL	mg/dL
Colesterol Total	mg/dL
Triglicéridos	mg/dL
Colesterol HDL	mg/dL
Creatinina sérica	mg/dL
Cociente albúmina-creatinina	mg
	albúmina/gramo de creatinuria

Tipo de diabetes:

- | | | |
|-----------------------|-----------|----------------|
| 1. Tipo 1 | 2. Tipo 2 | 3. Gestacional |
| 4 Diabetes secundaria | 5 Otro | |

Peso corporal
Talla
Perímetro de cintura
PA sistólica
PA diastólica

	Kg.
	m
	cm.
	mm Hg
	mm Hg

Número de consultas (últimos 12 meses)

--	--

Número de hospitalizaciones (últimos 12 meses)

--	--

Estado del caso al momento de la consulta:

- 1 Controlado / Estable 3. Muerto
2 Descompensado

IV. Comorbilidad <i>(marque una o mas)</i> <ul style="list-style-type: none"> <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 <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> <input type="radio"/> Otra <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> 	V. Complicaciones El Caso fue Evaluado? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si Complicación(es) detectada(s) en la evaluación. <ul style="list-style-type: none"> <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/amputac) <input type="radio"/> Enf. Arterial periférica <input type="radio"/> Pie diabético (c/amputación) <input type="radio"/> Episodios de hipoglucemia (últimos 6 meses) <input type="radio"/> Cetoacidosis
VI. Tratamiento <u>Tratamiento Medicamentoso</u> <p>Tipo de Medicamento (seleccione una o mas)</p> <p>1 Metformina 2 Sulfonilureas (Glibenclamida, Glicazida, Glimepirida) 3 Inhibidores DPP-4 (Linagliptina, Sitagliptina, Vildagliptina, Saxagliptina) 4 Insulinas Humanas (Rápida y NPH) 5 Insulinas análogas 6 Glitazonas: (Pioglitazona) 7 Glifozinas (Empagliflozina, Dapagliflozina, 8 Agonistas de receptores GLP 1 9 Otros _____</p> <p>Tiempo que está en tratamiento</p> <p><div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 45%;"><div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; display: inline-block;"></div> años</div><div style="width: 45%;"><div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; display: inline-block;"></div> meses</div></div></p> <p>Recibió Educación en Diabetes <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Cumplimiento del tratamiento</p> <p>1 Cumple 2 No cumple 3 Iniciando tratamiento</p>	<p>INSULINAS ANALOGAS</p> <p><u>De Acción Rápida</u> <input type="radio"/> Lispro</p> <p><input type="radio"/> Glulisina <input type="radio"/> Aspart</p> <p><u>De Acción Prolongada</u> <input type="radio"/> Degludec <input type="radio"/> Glargina 100 <input type="radio"/> Glargina 300</p> <p>Médico tratante: _____</p> <p>CMP: _____</p>

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

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

Calle Daniel Olaechea Nº 199- Jesús María - Lima 11; Central 631-4500