

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) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Edad <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
--------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

Documento de Identidad			
DNI	C. Extranjería	Otro	Nº Doc. _____

Grado de instrucción				Etnia			
1 Sin instrucción	4 Superior técnica	5 Superior universitaria		1 Nativo	3 Blanco	4 Mestizo	
2 Primaria				2 Afroperuano	5 Asiático	6 Otro	
3 Secundaria				Idioma 1. Castellano 2. Lengua nativa 3. Lengua extranjera			

País de Nacimiento			
PAIS	Departamento	Provincia	Distrito

Lugar de residencia			
PAIS	Departamento	Provincia	Distrito
Idioma 1 Castellano 2 Lengua nativa 3 Lengua nativa			

Dirección			
Departamento	Provincia	Distrito	
		Teléfono fijo	Celular

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

Tipo de seguro de salud		
0 Sin seguro	5 EsSALUD-Régimenes especiales	10 Privado Nacional -Seguro de asistencia médica
1 SIS	6 FFAA/PNP (titular)	11 Privado Extranjero
2 EsSALUD-REGULAR-Titular	7 FFAA/PNP (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
-------------------------------	----------------------------------

	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Edad (al diagnóstico de diabetes)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	años	
Tipo de diabetes:			
1. Tipo 1	2. Tipo 2	3. Gestacional	
4 Diabetes secundaria	5 Otro		
Peso corporal	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Kg.	
Talla	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	m	
Perímetro de cintura	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	cm.	
PA sistólica	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	mm Hg	
PA diastólica	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	mm Hg	
Número de consultas (últimos 12 meses)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
Número de hospitalizaciones (últimos 12 meses)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

Glicemia (ayunas)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	mg/dL
Glicemia Post Prandial	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	mg/dL
TTG (2 horas)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	mg/dL
Hemoglobina Glicosilada	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	%
Microalbuminuria	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	mg/24 horas
Proteinuria (24 h)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	g/24 horas
Colesterol LDL	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	mg/dL
Colesterol Total	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	mg/dL
Triglicéridos	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	mg/dL
Colesterol HDL	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	mg/dL
Creatinina sérica	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	mg/dL
Cociente albúmina-creatinina	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	mg albúmina/gramo de creatinuria
Estado del caso al momento de la consulta:		
1 Controlado / Estable	3, Muerto	
2 Descompensado		

IV. Comorbilidad

(marque una o mas)

- Hipertensión arterial
- Obesidad
- Dislipidemia
- Anemia
- Hígado graso
- Otra
- Enf. Tiroidea
- Tuberculosis
- Fuma actualmente
- Cáncer
- Tipo de cáncer

V. Complicaciones

El Caso fue Evaluado? No Si

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

- Polineuropatía
- Retinopatía no proliferati
- Retinopatía proliferativa
- Pie diabético (s/amputac
- Pie diabético (c/amputación)
- Episodios de hipoglicemia (últimos 6 meses)
- Cetoacidosis
- Nefropatía diabética
- Enf. Isquémica corazón
- Enf. Cerebrovascular
- Enf. Arterial periférica

VI. Tratamiento

Tratamiento Medicamentoso

Tipo de Medicamento (seleccione una o mas)

- 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 (Empaglifozina, Dapagliflozina,
- 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

INSULINAS ANALOGAS

De Acción Rápida

Lispro

Glulisina

Aspart

De Acción Prolongada

Degludec

Glargina 100

Glargina 300

Médico tratante: _____

CMP: _____

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

NOTA:

Se jalará de la ficha epidemiológica