



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro 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 |
| 6 FF.AA/PNP | 12 ESSALUD Regular-Trabajadora del hogar |
| 7 Privado Pre pago | 13 ESSALUD regular -trabajador de construc civil |
| 8 Privado Autoseguro | 14 ESSALUD regular-trabajador portuario |
| 9 Privado Seguro de Asistencia | 15 ESSALUD Regular-pescador artesanal independiente |
| 10 OTRO | |

- | |
|------------------------------------|
| 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 |

Fecha de Control:

Exámenes bioquímicos durante el Control:

Tiempo de enfermedad años meses

Peso corporal

Kg.

Talla

m.

Perímetro de cintura

cm.

PA sistólica

mm Hg

PA diastólica

mm Hg

Número de consultas por diabetes (últimos 12 meses)
meses)

Glicemia (ayunas)

mg/dL

Glicemia Post Prandial

mg/dL

TTG (2 horas)

mg/dL

Hemoglobina Glicosilada

%

Microalbuminuria

mg/24 horas

Proteinuria (24 h)

mg/24 horas

Creatinina sérica

mg/dL

LDL

mg/dL

Col. Total

mg/dL

Triglicéridos

mg/dL

HDL

mg/dL

Estado del caso al momento del control

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

mg/dL

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 |
| <input type="radio"/> Otra | <input type="radio"/> _____ |

Complicaciones durante el Control:

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| El caso fue evaluado? | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> 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 hipoglucemia (últimos 6 meses) | |

Tratamiento

o No medicamentoso

 SI NOTratamiento 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 _____

Médico tratante

CMP:

Profesional que completó la Ficha

Colegio:

OBSERVACIONES

Tiempo que esta en tratamiento

 años meses

Recibió Educación en Diabetes

 SI NO

Cumplimiento del tratamiento

1 Cumple 2 No cumple