



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

DIABETES

FICHA EPIDEMIOLOGICA

Establecimiento	Nº H.C.	Nº de Ficha

Datos del Paciente

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres

Sexo 1. Masculino 2. Femenino

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

Edad

Nº DNI

Grado de Instrucción

1 Primaria incompleta 4 Secundaria completa 7 Superior univ. Incomp.
 2 Primaria completa 5 Superior no univ. Incompl. 8 Superior univ. Compl.
 3 Secundaria incompleta 6 Superior no univ. compl. 9 Ninguno

Lugar de nacimiento

Departamento Provincia Distrito

Lugar de residencia

Departamento Provincia Distrito

Dirección

Departamento Provincia Ieléfono tijo Celular

Tipo de seguro de salud **Seguro de salud** 1. Si 2. No

1 SIS 4 EsSalud (Facultativo) 7 Privado (Prepago)
 2 EsSalud (Titular) 5 EsSalud (Regimen especial) 8 Privado (autoseguro)
 3 EsSalud (Familiar) 6 FF.AA./PNP 9 Privado (seguro de asistencia medica)
 10 Otro Cual:

Fecha de captación

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

Peso corporal Kg.
 Talla m/cm
 Perímetro de cintura cm.
 PA sistólica mm Hg
 PA diastólica mm Hg

Número de consultas (últimos 12 meses)

Número de hospitalizaciones (últimos 12 meses)

Datos de Laboratorio

Glicemia (ayunas) mg/dL
 Glicemia Post Prandial mg/dL
 TTG (2 horas) mg/dL
 Hemoglobina Glicosilada %
 Microalbuminuria mg/gr creatinina
 Colesterol LDL mg/dL
 Creatinina sérica mg/dL
 Proteinuria (24 h) g/L

Estado del caso al momento de la consulta:

1 Controlado / Estable
 2 Complicado
 3 Muerto
 4 Descompensado

Numero de consultas (ultimos 12 meses)

Numero de hospitalizaciones (últimos 12 meses)

Comorbilidad al momento de captación del caso
(marque una o mas)

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

Otra

Complicaciones al momento de la captación del caso

El Caso fue Evaluado? No Si

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

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

Tratamiento

Tratamiento no medicamentoso: SI NO

Tratamiento Medicamentoso

Tipo de Medicamento (seleccione una o mas)

1 Metformina 5 Insulinas análogas
 2 Sulfonilureas 6 Glitazonas
 3 Inhibidores DPP-IV 7 Glifozinas
 4 Insulinas Humanas 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: _____

OBSERVACIONES