

INSTRUMENTO FICHA EPIDEMIOLOGICA DIABETES MELLITUS

| Datos del Establecimiento | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-----------------------------|----------------------------|--|--|--|
| Establecimiento notificante: | | | | | | Código: | | | |
| Datos generales del paciente | | | | | | | | | |
| Paciente nuevo () | | | | | | | | | |
| Fecha captación del caso: | | | | | | Fecha llenado de la ficha: | | | |
| Nombre: | | | | | | | | | |
| Edad: | | | | | Número de historia clínica: | | | | |
| Sexo: M () H () | | | | | Identidad: | | | | |
| Raza: Mestizo () Indígena () Blanco () | | | | | | | | | |
| Lugar de nacimiento | | | Departamento: | | | | | | |
| | | | Municipio: | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | | | | | | | |
| Domicilio actual (últimos 6 meses): | | | | | | | | | |
| | | | Departamento: | | | | | | |
| | | | Municipio: | | | | | | |
| Zona de residencia | | | Rural () Urbana () | | | | | | |
| Religión | | | Católica () Evangélica () Adventista () Otra () Ninguna () | | | | | | |
| Estado civil: Casado () Soltero () Viudo () Divorciado () Unión Libre () | | | | | | | | | |
| Escolaridad: Analfabeta () EB Incompleta () EB Completa () EM Incompleta () EM Completa () ES Incompleta () ES Completa () | | | | | | | | | |
| ABREVIACIONES: EB: Educación Básica // EM: Educación Media // ES: Educación Superior | | | | | | | | | |
| Antecedentes Personales y Familiares Patológicos | | | | | | | | | |
| ¿Alguien en su familia presenta(o) Diabetes Mellitus? Sí () No () | | | | | | | | | |
| Si su respuesta es Sí, ¿quién?: | | | Madre () Padre () 1 o 2 Abuelos maternos () 1 o 2 Abuelos paternos () Otro () | | | | | | |
| ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron Diabetes Mellitus? | | | Menos de 1 año () Entre 1 y 5 años () Entre 5 y 10 años () Más de 15 años () | | | | | | |
| Presenta o ha presentado elevación de colesterol y triglicéridos: Sí () No () | | | | | | | | | |
| Disfunción sexual: Sí () No () | | | | | | | | | |

Signos vitales y exámenes de laboratorio: Sí () No ()

| | | | |
|--|---|--|--|
| Glucometría actual (###): | | Hemoglobina glicosilada actual (##.#): | |
| Microalbuminuria (##): | | Creatinina: | |
| Presión arterial: Sistólica (###): | | Diastólica (###): | |
| Peso (Kg) (##.#): | | Talla (cm) (###): | |
| EGO: a. Con alteración () b. Sin alteración () | | IMC (##.##): | |
| Pulso (latidos por minuto) (###): | | Perímetro abdominal (cm) (###): | |
| Colesterol HDL (###): | | Triglicéridos (###): | |
| Fondo de Ojo: Sí () No () | Especifique diagnóstico Fondo de Ojo: 1. 2. 3. | | |
| ¿Estado del caso al momento de la consulta?: | | a. Controlado-estable b. Complicado | |

Factores Asociados

Ejercicio:

¿Usted camina todos los días al menos 30 minutos?: Sí () No ()

¿Realiza algún otro tipo de ejercicio?: Sí () No () Si su respuesta es "Sí", pase a la siguiente

¿Qué otro tipo de ejercicio realiza?:

¿Cuántas veces a la semana? (#):

¿Por cuánto tiempo? (en minutos):

Alimentación:

¿Usted o sus familiares se preocupan por el tipo de alimentos que usted consume?: Sí () No ()

¿Lleva un régimen alimenticio saludable?: Sí () No ()

Comorbilidades

¿Ha presentado alguna complicación relacionada con la Diabetes?: Sí () No ()

¿Cuál complicación?:

Fecha de complicación:

¿Ha estado ingresado en los últimos 3 meses a causa de alguna complicación de la Diabetes?: Sí () No ()

Fecha ingreso:

Tiempo ingresado:

Motivo de ingreso:

¿Se revisa periódicamente los pies?: Sí () No ()

¿Ha tenido alguna vez herida o lesión en los pies?: Sí () No ()

¿Alguna vez se ha sentido mareado, sudoroso o ha tenido algún bajón de azúcar?: Sí () No ()

¿Durante la noche ha presentado sudoración, mareo o ha tenido pesadillas?: Sí () No ()

| Hábitos | | |
|---|---|-------------------------------------|
| ¿Fuma?: Sí () No () | ¿Bebe?: Sí () No () | ¿Consume drogas?: Sí () No () |
| Tratamiento | | |
| Antidiabéticos orales: Sí () No () | | |
| Nombre de antidiabéticos orales1: | | Dosis de antidiabéticos orales1: |
| Nombre de antidiabéticos orales2: | | Dosis de antidiabéticos orales2: |
| ¿Insulina?: Sí () No () | Tiempo (en años) de inicio de insulina (##): | |
| Nombre de insulina: | | Dosis de insulina: |
| Otro tipo de tratamiento: | | Dosis de otro tipo de tratamiento: |
| Tiempo de estar en tratamiento (en meses: #####): | | ¿Cumple tratamiento?: Sí () No () |
| ¿Iniciando tratamiento? Sí () No () | ¿Está en tratamiento con nutricionista? Sí () No () | |
| Complicaciones | | |
| ¿Complicaciones al momento de la captación del caso?: Sí () No () | | |
| <u>Complicaciones detectadas en la evaluación:</u> | | |
| Neuropatía: () | Retinopatía no proliferativa: () | |
| Retinopatía proliferativa: () | Pie diabético sin amputación: () | |
| Pie diabético con amputación: () | Episodios de hipoglicemia (3 últimos meses): () | |
| Nefropatía diabética: () | Enfermedad isquémica cardíaca: () | |
| Enfermedad cerebrovascular: () | Enfermedad arterial periférica: () | |
| Médico tratante: | | |
| <u>Observaciones:</u> | | |