

**INSTRUMENTO FICHA DE SEGUIMIENTO VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DIABETES MELLITUS**

Datos del establecimiento

Establecimiento notificante:		Código:		
Nombre:				
No. de Identidad:		Fecha de Llenado de Ficha:		
Edad actual:		Fecha de última consulta:		

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

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

Control

¿Se le realizó cambio de medicamento en esta consulta?: Sí () No ()	
Mencione medicamento1 SVE:	Dosis SVE1:
Mencione medicamento2 SVE:	Dosis SVE2:
Mencione medicamento3 SVE:	Dosis SVE3:
Mencione medicamento4 SVE:	Dosis SVE4:
¿Ha estado ingresado en los últimos 3 meses a causa de alguna complicación de la Diabetes? SVE: Sí () No ()	
Fecha de ingreso SEV: ___/___/___/	Tiempo (en meses) SVE (#####):
Motivo SVE:	

Complicaciones detectadas en SVE en la evaluación

¿Complicaciones al momento del seguimiento del caso? SVE: Sí () No ()	
Neuropatía SVE: ()	Episodios de hipoglucemia (últimos 3 meses) SVE: ()
Retinopatía no proliferativa SVE: ()	Nefropatía Diabética SVE: ()
Retinopatía proliferativa SVE: ()	Enfermedad isquémica SVE: ()
Pie diabético sin amputación SVE: ()	Enfermedad cerebrovascular SVE: ()
Pie diabético con amputación SVE: ()	Enfermedad arterial periférica SVE: ()