

**NTS N°210 - MINSA/CDC-2024**  
**"NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DIABETES"**



PERÚ

Ministerio  
de Salud

CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA,  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

## DIABETES

### FICHA DE SEGUIMIENTO

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/aa)

Edad

Documento de Identidad	DNI	C. Extra	Otro	Nº Doc. _____
------------------------	-----	----------	------	---------------

Lugar de residencia

Idioma: 1. Castellano 2. Lengua nativa

País	Departamento	Provincia	Distrito
------	--------------	-----------	----------

Dirección

Teléfono fijo

Celular

Tiene un seguro de salud :  1. Sí  2. No

Tipo de seguro de salud :

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| 1. SIS                                 | 6. ESSALUD Regular. Trabajador dependiente            | 11. Afiliado a la Caja del Pescador |
| 2. FF.AA/PNP                           | 7. ESSALUD Regular. Trabajador del hogar              | 12. ESSALUD Regular - Pensinista    |
| 3. Privado Prepago (EPS)               | 8. ESSALUD Regular. Trabajador de Construcción Civil  | 13. Seguro Agrario                  |
| 4. Privado Autoseguro                  | 9. ESSALUD Regular. Trabajador Portuario              | 14. ESSALUD - Seguro Potestativo    |
| 5. Privado Seguro de Asistencia Médica | 10. ESSALUD Regular. Pescador artesanal independiente | 15. + Vida 16. +Protección          |

#### II. Fecha de Control

Tipo de caso:  1. Caso nuevo  
 2. Caso prevalente

Edad (al diagnóstico de diabetes)  años

Tipo de diabetes :

1. Tipo 1 2. Tipo 2 3. Gestacional (Semana de gestación\_\_\_\_)  
 4. Diabetes secundaria 5. Otro

Peso Corporal	<input type="checkbox"/> kg
Talla	<input type="checkbox"/> m
Perímetro de cintura	<input type="checkbox"/> cm
PA Sistólica	<input type="checkbox"/> mm.Hg
PA Diastólica	<input type="checkbox"/> mm.Hg

Número de consultas (último 12 meses)

Número de hospitalizaciones (último 12 meses)

#### III. Datos de Laboratorio

Glicemia (ayunas)	<input type="checkbox"/> mg/dl
Glicemia Post Prandial	<input type="checkbox"/> mg/dl
TTG (2 horas)	<input type="checkbox"/> mg/dl
Hemoglobina Glicosilada	<input type="checkbox"/> %
Microalbuminuria	<input type="checkbox"/> mg/24 horas
Proteinuria (24 hrs)	<input type="checkbox"/> mg/dl
Colesterol LDL	<input type="checkbox"/> mg/dl
Colesterol Total	<input type="checkbox"/> mg/dl
Triglicéridos	<input type="checkbox"/> mg/dl
Colesterol HDL	<input type="checkbox"/> mg/dl
Creatinina Sérica	<input type="checkbox"/> g/24 horas
Albumina-creatinina	<input type="checkbox"/> mg/g

Estado del caso al momento de la consulta:

1. Controlado/Estable  
 2. Descompensado  
 3. Fallecido

#### IV. Comorbilidad

(marque uno o más)

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

Otro

#### V. Complicaciones

El caso fue evaluado  No  Sí

#### 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)
- Episodio de hipoglucemia (últimos 6 meses)
- Cetoacidosis

#### VI. Tratamiento

Insulinas Análogas

**Tratamiento medicamentoso**

Tipo de medicamento (seleccione una o más)

1. Metformina
2. Sulfonilureas (Glibenclamida, Glicazida, Glimepirida)
3. Inhibidores DPP-4 (Linagliptina, Sitagliptina, Vildagliptina, Saxagliptina)
4. Insulina Humanas (Rápida y NPH)
5. Insulinas análogas
6. Glitazonas (Ploglitazona)
7. Glifozinas (Empaglifocina, Dapaglifocina)
8. Agonistas de receptores GLP1
9. Otros \_\_\_\_\_

Tiempo que está en tratamiento

años  meses

Recibió educación en diabetes :  Si  NoCumplimiento del tratamiento: 

1. Cumple
2. No cumple
3. Iniciando tratamiento

**De Acción Rápida**

- Lispro
- Glulisina
- Aspart

**De acción Prolongada**

- Degludec
- Glargina 100
- Glargina 300

Fecha de registro: \_\_\_\_\_

Firma del médico tratante

**OBSERVACIONES**

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades - MINSA

web : [www/dge.gob.pe](http://www/dge.gob.pe) : correo: [notificación@dge.gob.pe](mailto:notificación@dge.gob.pe)

Calle Daniel Olaechea N°199 - Jesús María - Lima 11; Central 631-4500