

**FORMATO DE ESTUDIO DE CASOS DE DIABETES TIPO 2 HOSPITALIZADOS**
**Folio :** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

  

Día Mes Año

**Expediente N°:** \_\_\_\_\_

**Datos de Identificación del Paciente**
**1.- Nombre:** \_\_\_\_\_

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

**DATOS DEL PACIENTE**
**2.- Estado:** \_\_\_\_\_

**3- Jurisdicción:** \_\_\_\_\_

**4.- Municipio:** \_\_\_\_\_

**5.- Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

 Día

 Mes

 Año

**6.- Edad:** \_\_\_\_\_

aaa

**7- Sexo:**  M  F

**8.- Ocupación:**
 Hogar

 Pensionado

 Trabajador por cuenta propia

 Sin Escolaridad

 Secundaria

 Otra

 Estudiante

 Desempleado

 Trabajador contratado

 Sabe leer y

 Escribir

 No Aplica

**10.- CURP** \_\_\_\_\_

       
**11. Tipo de paciente**
 Caso incidente:

 Caso prevalente:

**9.- Escolaridad:**
 Menos de 3 años

 Carrera Técnica

 Se Ignora

 de primaria

 Licenciatura

 Postgrado

 De 3 a 5 años

 Primaria

**RESIDENCIA HABITUAL**
**12.- Calle y Número:** \_\_\_\_\_

**13.- Colonia:** \_\_\_\_\_

**14.- Estado:** \_\_\_\_\_

**15.- Jurisdicción:** \_\_\_\_\_

**16.- Municipio** \_\_\_\_\_

**17.- Localidad:** \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA UNIDAD MÉDICA**
**18.- Institución:** \_\_\_\_\_

**19.- Nombre de la Unidad:** \_\_\_\_\_

**20.- Médico Notificador:** \_\_\_\_\_

**21.- Matrícula:** \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES**
**22.- Fecha de Ingreso al Hospital:**  Día  Mes  Año

**23.- El paciente llegó al hospital:**  Referido  Pasar a la 24

 Consulta externa del hospital

 Por su cuenta

 Pasa a la 25

 Pasa a la 25

**24.- Fecha de referencia:**  Día  Mes  Año

**25.- El paciente es derechohabiente de :**
 IMSS  ISSSTE  PEMEX  SEDENA  SEDEMAR  SEG.POPULA  NINGUNA

**26.- Edad a la que se Diagnosticó la Diabetes:**  Años

**27. Peso actual :**  Kilos .  gramos

**28. Estatura:**  Metros  centímetros

**ANTECEDENTES**
**29.- Antecedentes heredofamiliares de diabetes:** Si  No  Desconoce 
**30.- Sedentarismo:**  Si  No  Desconoce

(Se considera sedentarismo cuando la actividad física es menor a 30 min's 5 días a la semana)

**31.- El tratamiento anterior a la hospitalización para el control de la glucemia fue:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No farmacológico                  | <input type="checkbox"/> Tiazolidinedionas      | <input type="checkbox"/> Combinado oral e insulina |
| <input type="checkbox"/> Sulfonilureas                     | <input type="checkbox"/> Combinado oral         | <input type="checkbox"/> No conoce su tratamiento  |
| <input type="checkbox"/> Biguanidas                        | <input type="checkbox"/> Insulina               | <input type="checkbox"/> Sin tratamiento           |
| <input type="checkbox"/> Inhibidores de las alfaglucosidas | <input type="checkbox"/> Se desconoce diabético |  |

**32.- En los últimos 6 meses el tratamiento ha sido:**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Continuo           |
| <input type="checkbox"/> Con interrupciones |
- (interrumpe el tratamiento por más de 3 días seguidos)

MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN				
<b>33.- Diagnóstico principal de ingreso:</b> (De los siguientes diagnósticos numere en orden de importancia los 2 principales motivos de ingreso):				
<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Retinopatía diabética	<input type="checkbox"/> Crisis hipertensiva	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Quirúrgica No relacionada con DM
<input type="checkbox"/> Cetoacidosis	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Otra relacionada con la DM
<input type="checkbox"/> Edo Hiperosmolar	<input type="checkbox"/> IRC Diálisis	<input type="checkbox"/> EVC	<input type="checkbox"/> Procesos infecciosos NO señalados	<input type="checkbox"/> Otra No relacionada con DM
<input type="checkbox"/> Deshidratación	<input type="checkbox"/> IRC Hemodiálisis	<input type="checkbox"/> Infección de vías urinarias	<input type="checkbox"/> Atención obstétrica	
<input type="checkbox"/> Neuropatía diabética	<input type="checkbox"/> Necrobiosis	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Quirúrgica relacionada con DM	
<b>34.- Glucemia al ingreso hospitalario:</b> <input type="text"/> (mg/dl)		<b>35.- Fecha de toma de la glucosa:</b> <input type="text"/> Dia <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año		
TRATAMIENTO PROPORCIONADO EN LA UNIDAD HOSPITALARIA				
<b>36.- El tratamiento en la unidad para el control de la glucemia fue:</b>			<b>37.- Área de hospitalización (Área donde el tiempo de hospitalización fue de mayor):</b>	
<input type="checkbox"/> No farmacológico	<input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Terapia intensiva	<input type="checkbox"/> Cirugía
<input type="checkbox"/> Hipoglucemiantes orales	<input type="checkbox"/> Combinación oral e insulina		<input type="checkbox"/> Medicina interna	<input type="checkbox"/> Gineco-Obstetricia
<b>38.- Complicaciones intrahospitalarias:</b>			<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Otras no infecciosas		
<input type="checkbox"/> Infección de vías urinarias	<input type="checkbox"/> Flebitis	<input type="checkbox"/> Procesos infecciosos No señalados		
MOTIVO DE EGRESO				
<b>39.- El motivo del egreso hospitalario fue:</b>			<input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/> Alta voluntaria <input type="checkbox"/> Traslado a otra unidad <input type="checkbox"/> Defunción	
<b>40.- Diagnóstico del egreso:</b>				
<input type="checkbox"/> Descompensación corregida	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal SIN diálisis	<input type="checkbox"/> Tb	<input type="checkbox"/> Postquirúrgica relacionada a DM	
<input type="checkbox"/> Necrobiosis diabética sin amputación	<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Postquirúrgica NO relacionada a DM	
<input type="checkbox"/> Amputación por necrobiosis diabética	<input type="checkbox"/> HAS controlada	<input type="checkbox"/> Atención obstétrica	<input type="checkbox"/> Otro relacionado con la DM	
<input type="checkbox"/> IRC Post-diálisis	<input type="checkbox"/> Secuelas de EVC	<input type="checkbox"/> Proceso infeccioso remitido o controlado	<input type="checkbox"/> Otra NO relacionada a DM	
<b>41.- Fecha de egreso:</b> <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año			<b>42.- Glucemia al egreso:</b> <input type="text"/> (mg/dl)	
APOYO				
<b>43.- Ha recibido información de su médico sobre los cuidados y complicaciones de la diabetes:</b>			<b>44.- Pertece y asiste a un Grupo de Ayuda Mutua:</b>	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Aplica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>45.- Tiene alguna discapacidad originada por la diabetes:</b>			<b>46.- La discapacidad que presenta es:</b>	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Aplica	<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Auditiva
Pase a la 46      Pase a la 47			<input type="checkbox"/> Motora <input type="checkbox"/> Mental	
INDICACIONES AL EGRESO				
<b>47.- Tratamiento a seguir:</b>				
<input type="checkbox"/> Dieta	<input type="checkbox"/> Tolbutamida	<input type="checkbox"/> Acarbosa	<input type="checkbox"/> Glibenclamida y Fenformina	<input type="checkbox"/> Insulina Isófana
<input type="checkbox"/> Dieta y Ejercicio	<input type="checkbox"/> Gliclazida	<input type="checkbox"/> Rosiglitazona	<input type="checkbox"/> Otro tipo de combinado	<input type="checkbox"/> Insulina Lispro(recombinante)
<input type="checkbox"/> Glibenclamida	<input type="checkbox"/> Metformina	<input type="checkbox"/> Pioglitazona <b>Combinado</b>	<input type="checkbox"/> Repaglinida	<input type="checkbox"/> Combinado oral de Insulinas
<input type="checkbox"/> Glipizida	<input type="checkbox"/> Fenformina	<input type="checkbox"/> Metformina y Glibenclamida	<input type="checkbox"/> Nateglinida	<input type="checkbox"/> Repaglinida
<input type="checkbox"/> Glimepirida	<input type="checkbox"/> Miglitol	<input type="checkbox"/> Metformina y Clopropamida	<input type="checkbox"/> Insulina Humana	
<b>48.- Referencia a:</b>				
<input type="checkbox"/> Primer nivel			<input type="checkbox"/> Tercer nivel	<input type="checkbox"/> Otra unidad
<input type="checkbox"/> Control en consulta externa de esta unidad			<input type="checkbox"/> Otra Institución	