

ANEXOS

ANEXO No. 1

CEDULA DE COLECCIÓN DE DATOS PARA PACIENTES QUE ACUDIERON
A CONSULTA MÉDICA EXTERNA

MEDICINA FAMILIAR___ MEDICINA GENERAL___ No. De Exp. _____

Periodo del expediente: De _____ a _____

I. GÉNERO: C L A V E
1. Masculino___ 2. Femenino___ _____II. SOCIODEMOGRÁFICAS:
2. Edad: _____ años cumplidos ___ ___3. Escolaridad: _____
1. Ninguna___ 4. Preparatoria___ 7. No datos___
2. Primaria___ 5. Profesional___
3. Secundaria___ 6. Otra _____
(Especificar)4. Estado civil: _____
1. Soltero(a)___ 4. Viudo(a)___
2. Casado(a)___ 5. Unión libre___
3. Divorciado(a)___ 6. No hay datos___5. Ocupación o actividad que realiza: _____
1. Ama de casa___ 5. Pensionado o jubilado___
2. Estudiante___ 6. No trabaja___
3. Empleado___ 7. Otro _____
4. Trabaja por su cuenta___ 8. No hay datos___6. Tabaquismo: _____
1. Positivo (+)___ 2. Negativo (-)___ 3. No datos___7. Alcoholismo: _____
1. Positivo (+)___ 2. Negativo (-)___ 3. No datos___8. Lugar donde vive: _____
Municipio Estado

III. ANTECEDENTES FAMILIARES:**CLAVE****9. ¿Tiene familiares con antecedentes de Diabetes?**

1. Sí _____ 2. No _____ 3. No datos _____

Si la anterior es afirmativa conteste la siguiente:

10. Parentesco de familiares con antecedentes de diabetes:

1. padre _____ 4. hermana _____
 2. madre _____ 5. Otro _____
 3. hermano _____ 6. No datos _____

11. En su primera solicitud de consulta**¿sabía que tenía Diabetes?**

1. Sí _____ 2. No _____

12. Tiempo de padecer la diabetes:

Recién Dx. _____ años

13. Manejo médico de su diabetes:

1. HGO _____
 2. Dieta _____
 3. Insulina _____
 4. Otro _____

14. Consultas médicas y diagnósticos más frecuentes en el último año:

| No. | Fecha | Dx. médico o motivo de consulta | peso corporal | T /A | Glucosa capilar | Glucosa sérica |
|-----|-------|---------------------------------|---------------|------|-----------------|----------------|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |
| 10. | | | | | | |
| 11. | | | | | | |
| 12. | | | | | | |

15. Prescripciones médicas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____

16. Exámenes de laboratorio y de gabinete solicitados en el último año:

| Exámenes de laboratorio y / o gabinete | No. De realizados | exámenes | TOTALES |
|---|----------------------|----------|---------|
| Biometría Hemática completa | | | |
| Biometría Hemática c/ tiempos | | | |
| Biometría Hemática con VSG | | | |
| Glucosa sérica | | | |
| Química sanguínea | | | |
| Perfil de lípidos o lipoproteínas | | | |
| Hemoglobina Glucosilada | | | |
| Enzimas cardíacas | | | |
| PFH (pruebas de función hepática) | | | |
| Ácido Úrico | | | |
| Examen general de orina | | | |
| Urocultivo | | | |
| EKG (Electrocardiograma) | | | |
| RMN (Resonancia magnética Nuclear) | | | |
| Orina de 24 Hs. p/ Dep. Creat. | | | |
| Orina de 24 Hs. p/ proteínas | | | |
| Eco Renal | | | |
| Otros: | | | |

17. Evaluación de factores de riesgo en el último año:

| Medidas de evaluación y control | No. De veces que se realizó en el último año |
|--|---|
| Monitoreo de glucosa capilar | |
| Monitoreo de glucosa sérica | |
| Monitoreo del peso | |
| Monitoreo de la T/ A | |
| Monitoreo de lípidos | |
| Detección de Microalbuminuria | |
| Exploración periódica de los pies | |
| revisión oftalmológica | |

ANEXO No. 2

**CEDULA DE COLECCIÓN DE DATOS PARA PACIENTES QUE FUERON
HOSPITALIZADOS POR DIABETES MELLITUS TIPO 2**

SERVICIO _____ No. DE EXPEDIENTE _____

Periodo de estudio del expediente: De _____ a _____

I. GENERO:

1. Masculino ___ 2. Femenino ___

CLAVE

II. SOCIODEMOGRÁFICAS:

2. Edad: _____ años cumplidos

3. Escolaridad:

1. Ninguna _____

2. Primaria _____

3. Secundaria _____

4. Técnica _____

5. Preparatoria _____

6. Profesional _____

7. No hay datos _____

4. Estado civil:

1. Soltero(a) _____

2. Casado(a) _____

3. Divorciado(a) _____

4. Viudo(a) _____

5. Unión libre _____

6. No hay datos _____

5. Ocupación o actividad que realiza:

1. Ama de casa _____

2. Estudiante _____

3. Empleado _____

4. No trabaja _____

5. Trabaja por su cuenta _____

6. Pensionado o jubilado _____

7. Otro _____

8. No hay datos _____

6. Tabaquismo.

1. Positivo (+) _____

2. Negativo (-) _____

3. No datos _____

7. Alcoholismo:

1. Positivo (+) _____

2. Negativo (-) _____

3. No datos _____

8. Lugar donde vive:

_____ Municipio

_____ Estado

III. ANTECEDENTES FAMILIARES:**CLAVE****9. ¿Tiene familiares con antecedentes de Diabetes?** _____

1. Si _____ 2. No _____ 3. No hay datos _____

Si la anterior es afirmativa conteste la siguiente:

10. Parentesco de familiares con antecedentes de diabetes: _____

1. Padre _____ 4. Hermana _____
 2. Madre _____ 5. Otro _____
 3. Hermano _____ 6. No hay datos _____

11. ¿En su primer internamiento sabía que tenía Diabetes? _____

1. Si _____ 2. No _____

12. Tiempo de padecer la Diabetes: _____

1. Recién Diagnosticada _____ 2. _____ Años

13. Manejo médico de su Diabetes: _____

1. HGO _____
 2. Dieta _____
 3. Insulina _____
 4. Otros _____

14. Complicaciones ya presentes en el paciente por la Diabetes:

1. Cardiopatías _____
 2. ACV (Accidente cerebro-vascular) _____
 3. Ceguera por Retinopatía _____
 4. Pie Diabético _____
 5. Amputación(es) _____
 6. HTA (Hipertensión arterial) _____
 7. IRC (Insuficiencia Renal Crónica) _____
 8. Otras _____

15. SERVICIOS DONDE ESTUVO HOSPITALIZADO EL PACIENTE POR MOTIVO DE LA DIABETES DURANTE UN AÑO EN RELACION CON SUS DIAS ESTANCIA Y DIAGNOSTICOS MÉDICOS MAS FRECUENTES

| No. | SERVICIO | Fecha de ingreso | Fecha de egreso | Días estancia | Al ingreso Al egreso Glu-NU/Cre – Glu-NU/Cre | Diagnósticos médicos de ingreso |
|-----|----------|------------------|-----------------|---------------|---|---------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

16. EXÁMENES DE LABORATORIO Y ESTUDIOS SOLICITADOS EN CADA INTERNAMIENTO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO:

| Exámenes de laboratorio: | Internamientos y servicios | | | | | | |
|--|----------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| Glucosa sérica | | | | | | | |
| Química sanguínea | | | | | | | |
| Biometría Hemática | | | | | | | |
| Biometría con tiempos | | | | | | | |
| Perfil de lípidos | | | | | | | |
| Hgb Glucosilada | | | | | | | |
| PFH (pruebas de función hepática) | | | | | | | |
| Electrolitos séricos (Cl, K, Na, Ca, F, Mg) | | | | | | | |
| Enzimas cardíacas | | | | | | | |
| Examen gral. De orina | | | | | | | |
| Gases venosos | | | | | | | |
| Gases arteriales | | | | | | | |
| Urocultivo | | | | | | | |
| Electrolitos urinarios | | | | | | | |
| Dep. Creat. Orina 24 hs. | | | | | | | |
| Proteínas Orina 24 hs. | | | | | | | |
| Grupo y Rh | | | | | | | |
| Citoquímico de liq. Diálisis | | | | | | | |
| Hierro | | | | | | | |
| Estudios radiológicos y de Diagnóstico. | | | | | | | |
| Tele de tórax | | | | | | | |
| Simple de abdomen | | | | | | | |
| Electrocardiograma | | | | | | | |
| Eco renal | | | | | | | |
| Eco abdominal | | | | | | | |
| S. de vías urinarias | | | | | | | |
| Ecocardiograma | | | | | | | |
| Otros (especificar): | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON EN CADA INTERNAMIENTO
DURANTE UN AÑO**

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**18. PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y CIRUGÍAS REALIZADAS EN CADA
INTERNAMIENTO DURANTE UN AÑO**

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| Tratamiento médico o quirúrgico: | Tratamiento médico o quirúrgico: | Tratamiento médico o quirúrgico: | Tratamiento médico o quirúrgico: | tratamiento médico o quirúrgico: |

19. SERVICIOS QUE APOYARON EN CADA INTERNAMIENTO DURANTE UN AÑO.

| | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|
| Servicios de apoyo | | | | | |
| Enfermería | | | | | |
| Nutrición | | | | | |
| Farmacia | | | | | |
| Eq. Médico | | | | | |
| Radiología | | | | | |
| Laboratorio | | | | | |
| EKG | | | | | |
| Radio Dx. | | | | | |
| Banco/sangre | | | | | |
| Bacteriología | | | | | |
| Otros: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

20. INTERCONSULTAS MÉDICAS SOLICITADAS EN CADA INTERNAMIENTO DURANTE UN AÑO:

| | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|
| IC médicas solicitadas | | | | | |
| Medicina Interna | | | | | |
| Cirugía General. | | | | | |
| Nefrología | | | | | |
| Endocrinología | | | | | |
| Urología | | | | | |
| Anestiasias | | | | | |
| Cardiología | | | | | |
| Infectología | | | | | |
| Gastroenterología | | | | | |
| Neumología | | | | | |
| Psiquiatría | | | | | |
| Otros. | | | | | |
| | | | | | |

21. VISITAS MÉDICAS REALIZADAS EN CADA INTERNAMIENTO DURANTE UN AÑO

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|
| Visitas médicas realizadas | | | | | |
| | | | | | |
| Prescripciones médicas | | | | | |

**23. PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS DE ENFERMERÍA REALIZADOS EN
CADA INTERNAMIENTO DURANTE UN AÑO**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Procedimientos específicos de Enfermería | | | | | |
| Adm.medic.IV | | | | | |
| Adm.medic.VO | | | | | |
| Adm.medic.SC | | | | | |
| Destrostix | | | | | |
| Toma de Signos vitalés | | | | | |
| Medir PVC | | | | | |
| Baño de esponja | | | | | |
| Cuidados Pre- operatorios | | | | | |
| Cuidados post- operatorios | | | | | |
| Sello venoso | | | | | |
| Venoclisis | | | | | |
| Movilización en cama | | | | | |
| Movilizar fuera de cama | | | | | |
| Diuresis horaria | | | | | |
| Oxigenoterapia | | | | | |
| Toma de muestras/sangre | | | | | |
| Control estricto de líquidos | | | | | |
| Aspirar secreciones | | | | | |
| Uso de bomba de infusión | | | | | |
| Nebulizaciones | | | | | |
| Micronebulizaciones | | | | | |
| Terapia Percusiva | | | | | |
| Transfusión de sangre | | | | | |
| Alimentación enteral | | | | | |
| maniobras de RCP | | | | | |
| Dialisis peritoneal (recambios) | | | | | |
| Control de hipertermia | | | | | |
| Curaciones | | | | | |
| Monitoreo cardiaco | | | | | |
| Vigilar edo. De conciencia | | | | | |
| Cistoclisís | | | | | |
| lavado gástrico | | | | | |
| Cetonurias | | | | | |
| Otras: | | | | | |

ANEXO 3 FLUJOGRAMA



