

TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

SIS-SS-EC-P

SIS 2016

REUNIÓN NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

NOVIEMBRE 25, 2015

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas

SIS-SS-EC-P 2015 Anverso

SIS-SS-EC-P

TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

1.- Diabetes 2.- Hipertensión Arterial 3.- Obesidad 4.- Dislipidemias 5.-Síndrome Metabólico 6.-Sobrepeso

CLUES NOMBRE DE LA UNIDAD LOCALIDAD MUNICIPIO JURISDICCIÓN ENTIDAD

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

ANTECEDENTES

DATOS DEL DIAGNÓSTICO

EXPEDIENTE _____
NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
ENTIDAD DE NACIMIENTO ____
CURP _____
EDAD _____ SEXO _____ TALLA _____
PERTENECE A ALGÚN PUEBLO INDÍGENA SI ____ NO ____
DOMICILIO 1 _____
DOMICILIO 2 _____
AFILIACIÓN SPSS _____

FAMILIARES:
ENF. CARDIOVASCULAR ____ HTA ____
DIABETES ____ ENF. CEREB. VASCULAR ____
DISLIPIDEMIAS ____
EN: ABUELOS ____ PADRES ____ TÍOS ____
HERMANOS ____ OTROS ____

PERSONALES:
ENF. CARDIOVASCULAR ____ DIABETES ____
HTA ____ TABAQUISMO ____ ALCOHOLISMO ____
DISLIPIDEMIAS ____ POST MENOPAUSIA ____
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL ____

DIAGNÓSTICO(S). Ingreso ____ Reingreso ____
Ingresos: (Anoté la fecha del ingreso o reingreso
día, mes y año)
1) D.M. ____ 3) OBESIDAD ____
TIPO ____
2) HTA ____ 4) DISLIPIDEMIAS ____
5) SÍNDROME METABÓLICO ____
6) SOBREPESO ____
DETECCIÓN SE LE REALIZÓ POR:
PESQUISA ____ POR SINTOMATOLOGÍA ____
TRATAMIENTO PREVIO: SI ____ NO ____

CONTROL

FECHA	PESO (KG)	IMC	CC	TENSION ARTERIAL		GLUCE- MIA (mg/dl)	Hb A1c %	Revisión pies	COLESTEROL			TRIGLÍ- CÉRIDOS	TRATAMIENTO PRESCRITO		PACIENTE CONTROLA DO ***	GRUPO AYUDA MUTUA ****	COMPLI- CACIO- NES +	REFE- RENCIA ++	BAJA +++	OBSERVACIONES
				SISTO- LICA	DIAS- TOLICA				Total	LDL	HDL		NO FARMA- COLÓGICO *	FARMA- COLÓGICO **						

CLASIFICACION DE DIAGNÓSTICO (S): . Diabetes, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemias o más de una enfermedad crónica.

*1. Alimentación Saludable 2. Actividad Física 3. Eliminar hábitos tabáquico y/o alcohólico

**1.-Glibenclámina-tableta 5mg, 2.-Metformina tableta 850 mg, 3.-Acarbosa tableta 50 mg, 4.-Insulina nph 100 UI 5 ml, 5.-Captopril tableta 25 mg, 6.-Enalapril cápsula/tableta 10 mg, 7.-Hidroclorotiazida tableta 25 mg, 8.-Metoprolol tableta 100 mg, 9.-Propranolol tableta 10 mg, 10.-Nicardipino Comprimidos 30 mg, 11.-Nifedipino cápsula 10 mg, 13.-Verapamil gragea 80 mg, 14.-Losartán gragea 50 mg, 15.-Irbesartán tableta 150 mg, 16.-Candesartán tableta 16 mg, 17.-Ácido nicotínico tableta 500 mg, 18.-Atorvastatina tableta 20 mg, 19.-Bezafibrato tableta 200 mg, 20.-Ezetimiba tableta 10 mg, 21.-Pravastatina tableta 10 mg, 22.-Simvastatina tableta 20 mg, 23.-Rosuvastatina tableta 10 mg, 24.-Ácido acetil salicílico tableta 300 mg, 25.-Ácido acetil salicílico tableta 500 mg, 26.-Alopurinol 100 mg, 27.-Alopurinol 300 mg, 28.-Clopidogrel gragea 75 mg, 29.-Clortalidona tableta 50 mg, 30.-Dinitrato de isosorbida 10 mg, 31.-Ezetimiba tableta 10 mg, 32.-Furosemida ampollita 20 mg, 33.-Insulina Aspártica 10ml, 34.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 1 pluma, 35.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 5 plumas, 36.-Insulina glargina 100 UI 10 ml, 37.-Insulina glargina 100 UI 3ml con 5 plumas, 38.-Insulina lenta 100 UI 10 ml, 39.-Insulina lispro 100 UI 10 ml, 40.-Insulina lispro protamina 2 cart. 3 ml/frasco 10 ml, 41.-Insulina nph 100 UI 10ml, 42.-Insulina rápida 100 UI 5 ml, 43.-Insulina rápida 100 UI 10ml, 44.-Irbesartán tableta 300 mg, 45.-Irbesartán-Hidroclorotiazida 150 mg/12.5 mg, 46.-Irbesartán-Hidroclorotiazida 300 mg/12.5 mg, 47.-Linagliptina 5 mg, 48.-Losartán-Hidroclorotiazida 50 mg/12.5 mg, 49.-Nifedipino comprimido 30 mg, 50.-Prazosina cápsula 1 mg, 51.-Propranolol tableta 40 mg, 52.-Saxagliptina 5 mg, 53.-Sitagliptina 100 mg, 54.-Telmisartán tableta 40 mg, 55.-Verapamil ampollita 5 mg, 56.-Vildagliptina 50mg

*** Paciente Controlado: Anote Si y el número de padecimiento (De acuerdo al resultado de la consulta efectuada en ese día) 1.Diabetes, 2.Hipertensión 3.Obesidad 4.Dislipidemia 5.Síndrome metabólico 6. Sobrepeso. Ejemplo; Diabético controlado Si 1. No controlado anote No.

****Escriba en la casilla el número de veces que asiste en el mes

+ 1. Retinopatía 2.Nefropatía 3.Neuropatía 4.Pie Diabético 5.Enf. Cardiovascular 6.Enf. Cerebrovascular 7.Apnea del Sueño 8.Otra

++REFERENCIA I. Unidad de consulta externa II. Hospital general III. Hospital de especialidad

+++ BAJA: 1.Cambio de domicilio 2.Rechazo al tratamiento 3.Defunción 4.Perdido 5.Otro motivo

ANVERSO

SIS-2015

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2015 Reverso

[illegible]

CLASIFICACION DE DIAGNÓSTICO (S): . Diabetes, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemias o más de una enfermedad crónica

*1. Alimentación Saludable 2. Actividad Física 3. Eliminar hábitos tabáquico y/o alcohólico

* 1.-Glicilbenclamida-tableta 5mg, 2.-Metformina tableta 80 mg, 3.-Acarbosa tableta 50 mg, 4.-Insulina *nph* 100 UI 5 ml, 5.-Captopril tableta 25 mg, 6.-Enalapril capsula/tableta 10 mg, 7.-Hidroclorotiazida tableta 25 mg, 8.-Metoprolol tableta 100 mg, 9.-Propranolol tableta 10 mg, 10.-Nicardipin Comprimis 30 mg, 11.-Nifedipino capsula 10 mg, 13.-Verapamil graea 80 mg, 14.-Losartan graea 50 mg, 15.-Irbesartan tableta 150 mg, 16.-Candesartan tableta 16 mg, 17.-Acido nicotinic tableta 500 mg, 18.-Atorvastatina tableta 20 mg, 19.-Bezafibrato tableta 200 mg, 20.-Ezetimiba tableta 10 mg, 21.-Pravastatina tableta 10 mg, 22.-Simvastatina tableta 20 mg, 23.-Rosuvastatina tableta 10 mg, 24.-Acido acetil salilicic tableta 300 mg, 25.-Acido acetil salilicic tableta 500 mg, 26.-Aloprimol 100 mg, 27.-Aloprimol 300 mg, 28.-Clopidogrel graea 75 mg, 29.-Clortalidona tableta 50 mg, 30.-Dinitrato de isosorbida 10 mg, 31.-Ezetimiba tableta 10 mg, 32.-Furosemida ampola 20 mg, 33.-Insulina Aspartica 10ml, 34.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 1 pluma, 35.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 5 plumas, 36.-Insulina glargina 100 UI 3ml, 37.-Insulina glargina 100 UI 3ml con 5 plumas, 38.-Insulina lenta 100 UI 10 ml, 39.-Insulina lispro 100 UI 10 ml, 40.-Insulina lispro protamina 2 carti, 41.-Insulina lispro 100 UI 10 ml, 42.-Insulina lispro 100 UI 10 ml, 43.-Insulina rapida 100 UI 10ml, 44.-Irbesartan rapida 100 UI 10ml, 45.-Irbesartan-Hidroclorotiazida 50 mg/12,5 mg, 46.-Insulina 50 mg/12,5 mg, 47.-Insulina 50 mg/12,5 mg, 48.-Losartan-Hidroclorotiazida 50 mg/12,5 mg, 49.-Nifedipino comprimo 10 mg, 50.-Prazosina capsula 1 mg, 51.-Propranolol tableta 40 mg, 52.-Saxagliptina 50 mg, 53.-Sitagliptina 100 mg, 54.-Telmisartan tableta 40 mg, 55.-Verapamil ampola 5 ml, 56.-Vildagliptina 50mg

*** Paciente Controlado: Añote Si y el número de padecimiento (De acuerdo al resultado de la consulta efectuada en ese día) 1. Diabetes. 2. Hipertensión 3. Obesidad 4. Dislipidemia 5. Síndrome metabólico 6. Sobrepeso.

Ejemplo: Diabético controlado Si 1. No controlado anote No.

****Escriba en la casilla el número de veces que asiste en el mes

+ 1 Retinopatía 2 Nefropatía 3 Neuropatía 4 Pie Diabético 5 Enf. Cardiovascular 6 Enf. Cerebrovascular 7 Apnea del Sueño 8 Otra

+++ REFERENCIA I: Unidad de consulta externa II Hospital General III Hospital de especialidad +++ BA: 1 Cambio de domicilio 2 Rechazo al tratamiento 3 Defunción 4 Perdido 5 Otro motivo

***BAJA: 1.Cambio de domicilio 2.Rechazo al tratamiento 3.Derivación 4.Pérdido 5.Otro motivo

REVERSO

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas

SIS-SS-EC-P 2016 Anverso



TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

SIS-SS-EC-P

CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	LOCALIDAD	MUNICIPIO	JURISDICCIÓN	ENTIDAD
DATOS DE IDENTIFICACIÓN					
SPSS: <input type="checkbox"/>	AFIILIACIÓN SPSS	ENTIDAD DE NACIMIENTO *			
FECHA DE NACIMIENTO *	EDAD	EXPEDIENTE			
NOMBRE (S) *	APELLIDOS: PATERNO *				
MATERNAL *	SEXO: * MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/>	TALLA (m) *			
CURP	DECLARA PERTENECER A UN PUEBLO INDÍGENA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
DOMICILIO PRIMARIO *					
OTRO DOMICILIO					
NUEVO DOMICILIO					
TELEFONO: FIJO					
CORREO ELECTRÓNICO:					
CELULAR					

ANTECEDENTES					
FAMILIARES*:	ABUELOS	PADRES	TÍOS	HERMANOS	NINGUNO
ENF. CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISLIPIDEMIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBESIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENF. CEREBROVASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERSONALES:					
ENF. CEREBROVASCULAR	<input type="checkbox"/>	ENF. CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	SEDENTARISMO	<input type="checkbox"/>
SOBREPESO	<input type="checkbox"/>	TABAQUISMO	<input type="checkbox"/>	ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	POST MENOPAUSIA	<input type="checkbox"/>
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL <input type="checkbox"/>					

INICIO DE TRATAMIENTO *

Captura SIC

INGRESO ☐

FECHA

REINGRESO ☐

FECHA

DATOS BASALES DE LOS DIAGNÓSTICOS

1. DIABETES MELLITUS

Captura SIC

FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DIABETES	TIPO: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	AÑO DE DX
DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>	
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	
DATOS BASALES:		
GLUCEMIA (mg/dl) EN AYUNO		
HbA1c %	REVISIÓN DE PIES ④ <input type="checkbox"/>	FONDO DE OJO <input type="checkbox"/>

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Captura SIC

FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR HIPERTENSIÓN	AÑO DE DX
DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>
DATOS BASALES:	
PRESIÓN ARTERIAL:	
SISTÓLICA	
DIASTÓLICA	

3. OBESIDAD

Captura SIC

FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR OBESIDAD	AÑO DE DX
DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>
DATOS BASALES:	
PESO (kg)	IMC
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	

4. DISLIPIDEMIAS

Captura SIC

FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DISLIPIDEMIAS	AÑO DE DX
DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>
DATOS BASALES:	
COLESTEROL: TOTAL	LDL
HDL	TRIGLICÉRIDOS

5. SÍNDROME METABÓLICO

VISITAS DOMICILIARIAS

FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR SÍNDROME METABÓLICO	FECHA DE VISITA	RESULTADO	OBSERVACIONES	Captura SIC
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

RESULTADO: 1.Nueva cita, 2.No se encontró se deja mensaje, 3.Cambio de domicilio, 4.Rechazo al tratamiento, 5.Perdido, 6.Defunción.

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas

SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

DATOS DE CONTROL																				SIS-SS-EC-P								
Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	I M C	SOBREPESO **	CC (cm)	PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		HbA1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OÍD **	REVISIÓN DE PIES ①	COLESTEROL			TRIGLICÉRIDOS	MICROALBUMINURIA **	CREATININA	PACIENTE CONTROLADO ②	TRATAMIENTO PRESCRITO		GRUPO AYUDA MUTUA-EC ⑤	COMPLICACIONES ⑥	GRADO DE ADICCIÓN AL TABACO ⑦	REFERENCIA ⑧	BAJA ⑨	VACUNA ANTINFUENZA **	
						SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EN AYUNO	CASUAL				TOTAL	LDL	HDL					NO FARMACOLÓGICO ③	FARMACOLÓGICO ④							
																				AC	EHT		RP	ERC	NE			
																				AF	EHA		PD	CAR	CER			
																						AS		OTRA				
																				AC	EHT		RP	ERC	NE			
																				AF	EHA		PD	CAR	CER			
																						AS		OTRA				
																				AC	EHT		RP	ERC	NE			
																				AF	EHA		PD	CAR	CER			
																						AS		OTRA				
																				AC	EHT		RP	ERC	NE			
																				AF	EHA		PD	CAR	CER			
																						AS		OTRA				
																				AC	EHT		RP	ERC	NE			
																				AF	EHA		PD	CAR	CER			
																						AS		OTRA				
																				AC	EHT		RP	ERC	NE			
																				AF	EHA		PD	CAR	CER			
																						AS		OTRA				
																				AC	EHT		RP	ERC	NE			
																				AF	EHA		PD	CAR	CER			
																						AS		OTRA				
																				AC	EHT		RP	ERC	NE			
																				AF	EHA		PD	CAR	CER			
																						AS		OTRA				

** Anote una X en la casilla según corresponda

① Anote el número en la casilla correspondiente: 1.No realizada, 2.Sin hallazgos, 3.Micosis, 4.Agrietamiento, 5.Úlcera superficial.

② Anote el número que corresponde al padecimiento de acuerdo a la consulta efectuada (1.Diabetes, 2.Hipertensión, 3.Obesidad, 4.Dislipidemia, 5.Síndrome metabólico), especificando con un Sí, si esta controlado, y con un No, si no está controlado; Ejemplo: Diabético controlado 1.Si

③ Anote una X en la(s) casilla(s) de acuerdo al(los) tratamiento(s) no farmacológico(s) prescrito(s): AC.Alimentación correcta, AF.Actividad Física, EHT.Eliminar hábito tabáquico, EHA.Eliminar hábito alcohólico.

④ Anote los números de los medicamentos prescritos: 1.Ácido acetil salicílico 300mg, 2.Metformina 850mg, 3.Glibenclámda 5mg, 4.Linagliptina 5mg, 5.Acarbosa 50mg, 6.Insulina rápida, 7.Insulina glargina, 8.Insulina NPH, 9.Insulina lispro protamina, 10.Complejo B, 11.Captopril 25mg, 12.Enalapril 10mg, 13.Nifedipino 30mg, 14.Hidroclorotiazida 25mg, 15.Clortalidona 50mg, 16.Metoprolol 100mg, 17.Propranolol 40mg, 18.Telmisartán 40mg, 19.Losartán 50mg, 20.Irbesartán 150mg, 21.Alopurinol 100mg, 22.Pravastatina 10mg, 23.Atorvastatina 20mg, 24.Bezafibrato 200mg, 25.Verapamil 80mg, 26.Furosemda 40mg, 27.Otro.

⑤ Anote una X en la casilla si aplica

⑥ Anote una X en la(s) casilla(s) de acuerdo a la(s) complicacion(es): RP.Retinopatía, ERC.Enfermedad Renal Crónica, NE.Neuropatía, PD.Pie Diabético, CAR.Enf. Cardiovascular, CER.Enf. Cerebrovascular, AS.Apnea del Sueño, Otra.

⑦ Anote el grado de adicción al tabaco con base en el test de Fagerström: I.No dependencia, II.Dependencia débil, III.Dependencia moderada, IV.Fuerte dependencia, V.Dependencia muy fuerte.

⑧ Si el paciente fue referido a otra unidad, anote el número que precede al nivel: 1.Unidad de consulta externa, 2.Hospital general, 3.Hospital de especialidad, 4.UNEME-EC.

⑨ En caso de Baja el paciente, anote el número que corresponde a la causa que la motivó: 1.Cambio de domicilio, 2.Rechazo al tratamiento, 3.Defunción, 4.Pérdido, 5.Otro motivo, 6.Baja temporal por referencia a UNEME-EC.

LLENADO DE LA TARJETA

Registre los datos de la atención y seguimiento de las enfermedades crónicas en tratamiento, que serán fuente de llenado del Sistema Nominal de Información en Crónicas (SIC). Es importante no dejar vacíos los datos marcados con asterisco ya que en el Sistema son obligatorios.

CAPTURA SIC

Marque con "X" este recuadro cuando ésta información haya sido capturada en el Sistema Nominal de Información en Crónicas (SIC).

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

SIS 2015

 		TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS				SIS-SS-EC-P
1.- Diabetes	2.- Hipertensión Arterial	3.- Obesidad	4.- Dislipidemias	5.- Síndrome Metabólico	6.- Sobrepeso	
CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	LOCALIDAD	MUNICIPIO	JURISDICCIÓN	ENTIDAD	

SIS 2016

 		TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS				SIS-SS-EC-P
CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	LOCALIDAD	MUNICIPIO	JURISDICCIÓN	ENTIDAD	

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

SIS 2015

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
EXPEDIENTE	_____
NOMBRE	_____
FECHA DE NACIMIENTO	____/____/____
ENTIDAD DE NACIMIENTO	____
CURP	____
EDAD	_____
SEXO	_____
TALLA	_____
PERTENECE A ALGÚN PUEBLO INDÍGENA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DOMICILIO 1	_____
DOMICILIO 2	_____
AFILIACIÓN SPSS	____

SIS 2016

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
SPSS: <input type="checkbox"/>	AFILIACIÓN SPSS _____ ENTIDAD DE NACIMIENTO * _____
FECHA DE NACIMIENTO * ____/____/____	EDAD _____ EXPEDIENTE _____
NOMBRE (S) *	APELLIDOS: PATERNO *
MATERNO *	SEXO: * MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> TALLA (m) * _____
CURP _____	DECLARA PERTENECER A UN PUEBLO INDÍGENA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DOMICILIO PRIMARIO *	_____
OTRO DOMICILIO	_____
NUEVO DOMICILIO	_____
TELÉFONO: FIJO _____	CELULAR _____
CORREO ELECTRÓNICO:	_____

SPSS: Marque con "X" el recuadro si es afiliado al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Afiliación SPSS: Anote el número de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Entidad de nacimiento: Anote el código de la Entidad Federativa donde nació el paciente.

Fecha de nacimiento: Anote la fecha de nacimiento del paciente día/mes/año, si se desconoce la fecha precisa de nacimiento, escriba 30/06/ y año aproximado de nacimiento.

Edad: Anote los años cumplidos del paciente.

Expediente: Anote el número de expediente del paciente.

Nombre(s): Anote el (los) nombre(s) del paciente, apellido paterno y el apellido materno, si no cuenta con algún apellido anote "X" según corresponda.

Sexo: Marque con "X" el recuadro al que corresponda el sexo del paciente.

Talla: Anote la talla del paciente expresada en metros.

CURP: Anote el código alfanumérico con los 18 elementos de la Clave Única de Registro de Población (CURP) del paciente.

Declara pertenecer a un pueblo indígena: si el paciente considera pertenecer a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante de la lengua del pueblo indígena al que pertenece. Marque con "X" en el recuadro que corresponda.

Domicilio primario: Anote el domicilio actual del paciente, con calle, número exterior, número interior, lote, manzana, colonia, código postal, municipio y estado, y referencias de localización.

Otro domicilio: Anote un domicilio adicional si cuenta con otro que desee registrar, con calle, número exterior, número interior, lote, manzana, colonia, código postal, municipio y estado, y referencias de localización.

Nuevo domicilio: Este apartado se deberá llenar solamente cuando el paciente tenga un nuevo domicilio con todos los datos como lo menciona Domicilio Primario; de no ser así deberá dejarlo en blanco.

Teléfono fijo: Anote el número de telefonía fija con el que cuenta el paciente en su domicilio.

Celular: Anote el número de telefonía celular del paciente, con los 10 dígitos, si cuenta con él.

Correo electrónico: Anote la dirección de correo electrónico del paciente, si cuenta con ella.

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

SIS 2015

ANTECEDENTES	
FAMILIARES:	
ENF. CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>
DIABETES <input type="checkbox"/>	ENF. CEREB. VASCULAR <input type="checkbox"/>
DISLIPIDEMIAS <input type="checkbox"/>	
EN: ABUELOS <input type="checkbox"/>	PADRES <input type="checkbox"/>
HERMANOS <input type="checkbox"/>	TÍOS <input type="checkbox"/>
	OTROS <input type="checkbox"/>
PERSONALES:	
ENF. CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/>	DIABETES <input type="checkbox"/>
HTA <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO <input type="checkbox"/>
DISLIPIDEMIAS <input type="checkbox"/>	ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/>
	POST MENOPAUSIA <input type="checkbox"/>
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL <input type="checkbox"/>	

SIS 2016

ANTECEDENTES					
FAMILIARES*:	ABUELOS	PADRES	TÍOS	HERMANOS	NINGUNO
ENF. CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISLIPIDEMIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBESIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENF. CEREBROVASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERSONALES:					
ENF. CEREBROVASCULAR	<input type="checkbox"/>	ENF. CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	SEDENTARISMO	<input type="checkbox"/>
SOBREPESO	<input type="checkbox"/>	TABAQUISMO	<input type="checkbox"/>	ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	POST MENOPAUSIA	<input type="checkbox"/>
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL	<input type="checkbox"/>				

ANTECEDENTES

Familiares: Marque con "X" el recuadro según al familiar que corresponda (Abuelos, Padres, Tíos, Hermanos) y al antecedente patológico al que está relacionado (Enf. Cardiovascular, HTA, Diabetes, Dislipidemias, Obesidad, Enf. Cerebrovascular). En caso de no contar con antecedentes patológicos deberá marcar la casilla de Ninguno para cada renglón.

Personales: Marque con "X" el recuadro correspondiente del antecedente al cual está relacionado el paciente.

SIS 2015

SIS 2016

DATOS DEL DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO(S). Ingreso ☐ Reingreso ☐
Ingresos: (Anote la fecha del ingreso o reingreso
día, mes y año)

INICIO DE TRATAMIENTO *

INGRESO ☐

FECHA __/__/__

REINGRESO ☐

FECHA __/__/__

INICIO DE TRATAMIENTO

Ingreso: Marque con "X" si es la primera vez que ingresa a tratamiento para control de una enfermedad crónica en la unidad de salud.

Fecha: Anote la fecha de ingreso (día/mes/año) para tratamiento por enfermedad crónica en la unidad de salud.

Reingreso: Marque con "X" si el paciente manifiesta haber estado en tratamiento con anterioridad en la unidad de salud.

Fecha: Anote la fecha de reingreso (día/mes/año) para tratamiento por enfermedad crónica en la unidad de salud.

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas

SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

SIS 2015

SIS 2016

DATOS DEL DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO(S). Ingreso ☐ Reingreso ☐
Ingresos: (Anotar la fecha del ingreso o reingreso día, mes y año)

1) D.M. ☐ 3) OBESIDAD ☐
TIPO ☐

2) HTA ☐ 4) DISLIPIDEMIAS ☐
5) SÍNDROME METABÓLICO ☐
6) SOBREPESO ☐

DETECCIÓN SE LE REALIZÓ POR:
PESQUISA ☐ POR SINTOMATOLOGÍA ☐
TRATAMIENTO PREVIO: SI ☐ NO ☐

DATOS BASALES DE LOS DIAGNÓSTICOS			
1. DIABETES MELLITUS		Captura SIC	2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DIABETES __/__/__ TIPO: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> AÑO DE DX <input type="text"/> DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/> POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/> DATOS BASALES: GLUCEMIA (mg/dl) EN AYUNO <input type="text"/> HbA1c % <input type="text"/> REVISIÓN DE PIES <input type="checkbox"/> FONDO DE OJO <input type="checkbox"/>			FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR HIPERTENSIÓN __/__/__ AÑO DE DX <input type="text"/> DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/> POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/> DATOS BASALES: PRESIÓN ARTERIAL: SISTÓLICA <input type="text"/> DIASTÓLICA <input type="text"/>
3. OBESIDAD		Captura SIC	4. DISLIPIDEMIAS
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR OBESIDAD __/__/__ AÑO DE DX <input type="text"/> DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/> POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/> DATOS BASALES: PESO (kg) <input type="text"/> IMC <input type="text"/> CIRCUNFERENCIA DE CINTURA <input type="text"/>			FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DISLIPIDEMIAS __/__/__ AÑO DE DX <input type="text"/> DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/> POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/> DATOS BASALES: COLESTEROL: TOTAL <input type="text"/> LDL <input type="text"/> HDL <input type="text"/> TRIGLICÉRIDOS <input type="text"/>
5. SÍNDROME METABÓLICO		VISITAS DOMICILIARIAS	
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR SÍNDROME METABÓLICO __/__/__ AÑO DE DIAGNÓSTICO <input type="text"/>		FECHA DE VISITA <input type="text"/> RESULTADO <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Captura SIC <input type="checkbox"/> Captura SIC <input type="checkbox"/> Captura SIC <input type="checkbox"/> Captura SIC <input type="checkbox"/> Captura SIC <input type="checkbox"/>

* Registro obligatorio

ANVERSO

SIS-2016

DATOS BASALES POR PADECIMIENTO

DATOS BASALES DE LOS DIAGNÓSTICOS			
1. DIABETES MELLITUS		Captura SIC	
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DIABETES __/__/__ TIPO: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> AÑO DE DX <input type="text"/>			
DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/> POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>			
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>			
DATOS BASALES: GLUCEMIA (mg/dl) EN AYUNO <input type="text"/>			
HbA1c % <input type="text"/> REVISIÓN DE PIES ① <input type="checkbox"/> FONDO DE OJO <input type="checkbox"/>			
3. OBESIDAD		Captura SIC	
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR OBESIDAD __/__/__ AÑO DE DX <input type="text"/>			
DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/> POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>			
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>			
DATOS BASALES: PESO (Kg) <input type="text"/> IMC <input type="text"/>			
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA <input type="text"/>			
4. DISLIPIDEMIAS		Captura SIC	
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DISLIPIDEMIAS __/__/__ AÑO DE DX <input type="text"/>			
DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/> POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>			
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>			
DATOS BASALES: COLESTEROL: TOTAL <input type="text"/> LDL <input type="text"/> HDL <input type="text"/>			
TRIGLICÉRIDOS <input type="text"/>			
5. SÍNDROME METABÓLICO		VISITAS DOMICILIARIAS	
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR SÍNDROME METABÓLICO __/__/__		FECHA DE VISITA <input type="text"/> RESULTADO <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES <input type="text"/> Captura SIC <input type="checkbox"/>	
AÑO DE DIAGNÓSTICO <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Captura SIC <input type="checkbox"/>	
		<input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Captura SIC <input type="checkbox"/>	
		<input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Captura SIC <input type="checkbox"/>	
		<input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Captura SIC <input type="checkbox"/>	

* Registro obligatorio

ANVERSO

SIS-2016

DATOS BASALES DE LOS DIAGNÓSTICOS

Son datos clínicos y de laboratorio que se registran al momento de ingreso a tratamiento en la unidad de salud, y servirán para comparar la evolución del padecimiento durante su tratamiento.

Sólo llene la sección correspondiente a la enfermedad diagnosticada y por la cual ingresa a tratamiento. Al momento de diagnosticar una segunda o tercera enfermedad, llene los apartados correspondientes.

DATOS BASALES POR PADECIMIENTO

DIABETES MELLITUS (DM)

Fecha de ingreso en la unidad por Diabetes: Anote la fecha de ingreso para tratamiento por Diabetes mellitus en la unidad de salud, día/mes/año.

Tipo: Marque con "X" el recuadro según corresponda al tipo de Diabetes: 1 ó 2.

Año de Dx: Anote el año en que fue diagnosticada la enfermedad.

Detección realizada por: Marque con "X" el cuadro que corresponda a la forma como fue descubierto el caso, son excluyentes.

- **Pesquisa:** Cuando la detección se realizó mediante la aplicación del cuestionario de detección integrada.
- **Por sintomatología:** Cuando el paciente acude a consulta por presentar síntomas.

Tratamiento Previo No Farmacológico: Marque con "X" el recuadro si el paciente ha sido tratado con medidas no farmacológicas.

Tratamiento Previo Farmacológico: Marque con "X" en el recuadro si el paciente ha recibido tratamiento farmacológico.

Datos basales:

Glucemia (mg/dl) en ayuno: Anote los miligramos de glucosa en sangre encontrados en el momento de ingreso a tratamiento del paciente, ya sea por tira reactiva o análisis de laboratorio.

HbA1c%: Anote el resultado de la primera Hemoglobina glucosilada tomada en la unidad de salud. En caso de no contar con resultado durante la consulta inicial, se deberá solicitar para posteriormente registrarlo como un dato basal.

1. DIABETES MELLITUS		Captura SIC
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DIABETES	___/___/___	TIPO: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> AÑO DE DX <input type="text"/>
DETECCIÓN REALIZADA POR:	PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>
DATOS BASALES:	GLUCEMIA (mg/dl) EN AYUNO <input type="text"/>	
HbA1c % <input type="text"/>	REVISIÓN DE PIES ① <input type="checkbox"/>	FONDO DE OJO <input type="checkbox"/>

Revisión de pies: Anote el número según corresponda:
1.No realizada, 2.Sin hallazgos, 3.Micosis, 4.Agrietamiento, 5.Úlcera superficial, en caso de presentar más de un hallazgo registre el que considere de mayor importancia.
NOTA: La revisión inicial debe ser realizada por el médico, y posteriormente cada 6 meses. El personal de enfermería podrá realizar la revisión de pies cada mes.

Fondo de ojo: Marque con "X" el recuadro si se realizó la exploración del fondo de ojo en la unidad de salud.

DATOS BASALES POR PADECIMIENTO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

Fecha de ingreso en la unidad por Hipertensión:

Anote la fecha de ingreso para tratamiento por Hipertensión arterial en la unidad de salud, día/mes/año.

Año de Dx: Anote el año en que fue diagnosticada la enfermedad.

Detección realizada por: Marque con "X" el cuadro que corresponda a la forma como fue descubierto el caso, son excluyentes.

- **Pesquisa:** Cuando la detección se realizó mediante la aplicación del cuestionario de detección integrada.
- **Por sintomatología:** Cuando el paciente acude a consulta por presentar síntomas.

Tratamiento Previo No Farmacológico: Marque con "X" el recuadro si el paciente ha sido tratado con medidas no farmacológicas.

Tratamiento Previo Farmacológico: Marque con "X" en el recuadro si el paciente ha recibido tratamiento farmacológico.

Datos basales: Anotar el resultado del promedio de dos tomas de la medición efectuada en la primera consulta en la unidad de salud; se debe de promediar las mediciones tomadas con un intervalo de dos minutos por lo menos.

Sistólica: Anote la cifra de presión arterial sistólica en mmHg (primer ruido escuchado).

Diastólica: Anote la cifra de presión arterial diastólica mmHg (último ruido escuchado).

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL		Captura SIC
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR HIPERTENSIÓN	__/__/____	AÑO DE DX <input type="text"/>
DETECCIÓN REALIZADA POR:	PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>
DATOS BASALES:	PRESIÓN ARTERIAL:	SISTÓLICA <input type="text"/>
		DIASTÓLICA <input type="text"/>

DATOS BASALES POR PADECIMIENTO

OBESIDAD (OB)

Fecha de ingreso en la unidad por Obesidad: Anote la fecha de ingreso para tratamiento por Obesidad en la unidad de salud, día/mes/año.

Año de Dx: Anote el año en que fue diagnosticada la enfermedad.

Detección realizada por: Marque con "X" el cuadro que corresponda a la forma como fue descubierto el caso, son excluyentes.

- **Pesquisa:** Cuando la detección se realizó mediante la aplicación del cuestionario de detección integrada.
- **Por sintomatología:** Cuando el paciente acude a consulta por presentar síntomas.

Tratamiento Previo No Farmacológico: Marque con "X" el recuadro si el paciente ha sido tratado con medidas no farmacológicas.

Tratamiento Previo Farmacológico: Marque con "X" en el recuadro si el paciente ha recibido tratamiento farmacológico.

Datos basales de Obesidad: Anotar las cifras de la primera consulta en la unidad de salud como corresponde:

Peso (kg): Anote el peso corporal medido en la consulta, en kilogramos con tres decimales.

IMC (Índice de Masa Corporal): Se obtiene de dividir el peso actual del paciente (expresado en kilogramos) entre su talla (expresada en metros) elevada al cuadrado.

Circunferencia de cintura: Anote la circunferencia de la cintura en centímetros.

3. OBESIDAD		Captura SIC
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR OBESIDAD		____/____/____
AÑO DE DX		____
DETECCIÓN REALIZADA POR:	PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>
DATOS BASALES:	PESO (Kg) <input type="text"/>	IMC <input type="text"/>
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA		<input type="text"/>

DATOS BASALES POR PADECIMIENTO

DISLIPIDEMIAS (DL)

Fecha de ingreso en la unidad por Dislipidemias: Anote la fecha de ingreso para tratamiento por Dislipidemias en la unidad de salud, día/mes/año.

Año de Dx: Anote el año en que fue diagnosticada la enfermedad.

Detección realizada por: Marque con "X" el cuadro que corresponda a la forma como fue descubierto el caso, son excluyentes.

- **Pesquisa:** Cuando la detección se realizó mediante búsqueda intencionada a pacientes en riesgo, a través de la aplicación de tira reactiva o prueba de laboratorio.
- **Por sintomatología:** Cuando el paciente acude a consulta por presentar síntomas.

Tratamiento Previo No Farmacológico: Marque con "X" el recuadro si el paciente ha sido tratado con medidas no farmacológicas.

Tratamiento Previo Farmacológico: Marque con "X" en el recuadro si el paciente ha recibido tratamiento farmacológico.

Datos basales de Dislipidemias: Anote el primer resultado de laboratorio para cualquiera de los estudios citados a continuación. En caso de no contar con alguno de los resultados siguientes durante la consulta inicial, se deberá solicitar para posteriormente registrarlo como un dato basal:

Colesterol Total: Anote el resultado de laboratorio en mg/dl.

Colesterol LDL: Anote el resultado de laboratorio en mg/dl.

Colesterol HDL: Anote el resultado de laboratorio en mg/dl.

Triglicéridos: Anote el resultado de laboratorio en mg/dl.

4. DISLIPIDEMIAS		Captura SIC
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DISLIPIDEMIAS	__/__/____	AÑO DE DX <input type="text"/>
DETECCIÓN REALIZADA POR:	PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>
DATOS BASALES: COLESTEROL: TOTAL	<input type="text"/>	LDL <input type="text"/> HDL <input type="text"/>
	TRIGLICÉRIDOS	<input type="text"/>

DATOS BASALES POR PADECIMIENTO

5. SÍNDROME METABÓLICO
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR SÍNDROME METABÓLICO
<input type="text"/>
AÑO DE DIAGNÓSTICO
<input type="text"/>

SÍNDROME METABÓLICO (SM)

Considere Síndrome metabólico cuando el paciente tenga al menos tres de las siguientes enfermedades: Diabetes mellitus, Dislipidemia, Hipertensión arterial y Obesidad.

Fecha de ingreso en la unidad por Síndrome metabólico: Anote la fecha en que se integró el diagnóstico de SM, la fecha de ingreso debe coincidir al menos con una de las fechas de ingreso de los padecimientos que conforman el Síndrome.

Año de diagnóstico: Anote el año en que fue diagnosticado el Síndrome Metabólico.

DATOS BASALES POR PADECIMIENTO

VISITAS DOMICILIARIAS			
FECHA DE VISITA	RESULTADO	OBSERVACIONES	
__/__/__	<input type="checkbox"/>		Captura SIC <input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>		Captura SIC <input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>		Captura SIC <input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>		Captura SIC <input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>		Captura SIC <input type="checkbox"/>

RESULTADO: 1.Nueva cita, 2.No se encontró se deja mensaje, 3.Cambio de domicilio, 4.Rechazo al tratamiento, 5.Perdido, 6.Defunción.

VISITAS DOMICILIARIAS

Se realizarán a los pacientes Irregulares, en quienes se deberá buscar la reconquista por medio de hasta 3 visitas domiciliarias (una cada 20 días).

Fecha de visita: Anote la fecha en la que se realizó la visita al domicilio del paciente.

Resultado: Anote el código correspondiente al resultado de la visita:
1.Nueva cita, 2.No se encontró se deja mensaje, 3.Cambio de domicilio, 4.Rechazo al tratamiento, 5.Perdido, 6.Defunción.

Observaciones: Anote los datos relevantes sobre la visita realizada.

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2015 Anverso

SIS 2015

CLASIFICACION DE DIAGNÓSTICO (S): Diabetes, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemias o más de una enfermedad crónica.

*1.Alimentación Saludable 2.Actividad Física 3.Eliminar hábitos tabáquico y/o alcohólico

**1.-Glibencamida-tableta 5mg, 2.-Metformina tableta 850 mg, 3.-Acarbosa tableta 50 mg, 4.-Insulina nph 100 UI 5 ml, 5.-Captopril tableta 25 mg, 6.-Enalapril cápsula/tableta 10 mg, 7.-Hidroclorotiazida tableta 25 mg, 8.-Metoprolol tableta 100 mg, 9.-Propranolol tableta 10 mg, 10.-Nifedipino Comprimidos 30 mg, 11.-Nifedipino cápsula 10 mg, 13.-Verapamil gragea 80 mg, 14.-Losartán gragea 50 mg, 15.-Irbesartán tableta 150 mg, 16.-Candesartán tableta 16 mg, 17.-Ácido nicotínico tableta 500 mg, 18.-Atorvastatina tableta 20 mg, 19.-Bezafibrato tableta 200 mg, 20.-Ezetimiba tableta 10 mg, 21.-Pravastatina tableta 10 mg, 22.-Simvastatina tableta 20 mg, 23.-Rosuvastatina tableta 10 mg, 24.-Ácido acetil salicílico tableta 300 mg, 25.-Ácido acetil salicílico tableta 500 mg, 26.-Alopurinol 100 mg, 27.-Alopurinol 300 mg, 28.-Clopidogrel gragea 75 mg, 29.-Clortalidona tableta 50 mg, 30.-Dinitrato de isosorbida 10 mg, 31.-Ezetimiba tableta 10 mg, 32.-Furosemda ampollita 20 mg, 33.-Insulina Aspártica 10ml, 34.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 1 pluma, 35.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 5 plumas, 36.-Insulina glargina 100 UI 10 ml, 37.-Insulina glargina 100 UI 3ml con 5 plumas, 38.-Insulina lenta 100 UI 10 ml, 39.-Insulina lispro 100 UI 10 ml, 40.-Insulina lispro protamina 2 cart. 3 ml/frasco 10 ml, 41.-Insulina nph 100 UI 10ml, 42.-Insulina rápida 100 UI 5 ml, 43.-Insulina rápida 100 UI 10ml, 44.-Irbesartán tableta 300 mg, 45.-Irbesartán-Hidroclorotiazida 150 mg/12.5 mg, 46.-Irbesartán-Hidroclorotiazida 300 mg/12.5 mg, 47.-Linagliptina 5 mg, 48.-Losartán-Hidroclorotiazida 50 mg/12.5 mg, 49.-Nifedipino comprimido 30 mg, 50.-Prazosina cápsula 1 mg, 51.-Propranolol tableta 40 mg, 52.-Saxagliptina 5 mg, 53.-Sitagliptina 100 mg, 54.-Telmisartán tableta 40 mg, 55.-Verapamil ampollita 5 mg, 56.-Vildagliptina 50mg

*** Paciente Controlado: Anote Si y el número de padecimiento (De acuerdo al resultado de la consulta efectuada en ese día) 1.Diabetes, 2.Hipertensión 3.Obesidad 4.Dislipidemia 5.Síndrome metabólico 6. Sobrepeso.

Ejemplo: Diabético controlado Si 1. No controlado anote No.

****Escriba en la casilla el número de veces que asiste en el mes

+ 1. Retinopatía 2.Nefropatía 3.Neuropatía 4.Pie Diabético 5.Enf. Cardiovascular 6.Enf. Cerebrovascular 7.Apnea del Sueño 8.Otra

++REFERENCIA I. Unidad de consulta externa II. Hospital general III. Hospital de especialidad

+++ BAJA: 1.Cambio de domicilio 2.Rechazo al tratamiento 3.Defunción 4.Perdido 5.Otro motivo

ANVERSO

SIS-2015

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

SIS 2015

[illegible]

SIS 2016

DATOS DE CONTROL																				SIS-SS-EC-P							
Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	IMC	SOBREPESO **	CC (cm)	PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO **	① REVISIÓN DE PIES	COLESTEROL			TRIGLICÉRIDOS	MICROALBUMINURIA **	CREATININA	PACIENTE ② CONTROLADO	TRATAMIENTO PRESCRITO		⑤ GRUPO AYUDA MUTUA-EC	⑥ COMPLICACIONES	GRADO DE ADICCIÓN AL TABACO ⑦	⑧ REFERENCIA	⑨ BAJA	VACUNA ANTINFUENZA **
						SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EN AYUNO	CASUAL				TOTAL	LDL	HDL					NO FARMA- COLÓGICO ③	FARMACOLÓGICO ④						

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

DATOS DE CONTROL															SIS-SS-EC-P											
Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	IMC	SOBREPESO **	PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO **	REVISIÓN DE PIES ①	COLESTEROL			TRIGLICÉRIDOS	MICROALBUMINURIA **	CREATININA	PACIENTE CONTROLADO ②	TRATAMIENTO PRESCRITO		GRUPO AYUDA MUTUA-EC ⑤	COMPLICACIONES ⑥	GRADO DE ADICCIÓN AL TABACO ⑦	REFERENCIA ⑧	BAJA ⑨	VACUNA ANTINFUENZA **
					SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EN AYUNO	CASUAL				TOTAL	LDL	HDL					NO FARMACOLÓGICO ③	FARMACOLÓGICO ④						

DATOS DE CONTROL

Además de haber anotado en el anverso los datos basales, deberá registrar a partir de la fecha de ingreso al programa las mediciones y acciones realizadas en cada consulta.

Fecha: Anote con tinta la fecha en la que se otorga la consulta día, mes y año.

NOTA: Al término de la atención, no olvide registrar con lápiz la fecha de la próxima cita en el renglón siguiente. Al cumplir con la siguiente cita será borrada la fecha a lápiz y se anotará con tinta.

NOTA: La fecha a lápiz será capturada en SIC como “**Fecha de próxima cita**”.

Peso (kg): Anote el peso corporal medido en la consulta, en kilogramos con tres decimales.

IMC: Se obtiene de dividir el peso actual del paciente (expresado en kilogramos) entre su talla (expresada en metros) elevada al cuadrado.

Sobrepeso: Marque con “X” el recuadro en caso de que el IMC obtenido esté dentro del rango de Sobrepeso (de 25 a 29.9).

CC (cm): Anote la Circunferencia de la Cintura en centímetros, medida durante la consulta.

Presión Arterial: Anote el resultado del promedio de dos tomas (de la medición efectuada en la consulta con intervalo de dos minutos por lo menos).

Sistólica: Anote la cifra de presión arterial sistólica en mmHg (primer ruido escuchado).

Diastólica: Anote la cifra de presión arterial diastólica mmHg (último ruido escuchado).

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

DATOS DE CONTROL															SIS-SS-EC-P											
Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	IMC	CC (cm)	PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO **	REVISIÓN DE PIES ①	COLESTEROL			TRIGLICÉRIDOS	MICROALBUMINURIA **	CREATININA	PACIENTE CONTROLADO ②	TRATAMIENTO PRESCRITO		GRUPO AYUDA MUTUAL IC ⑤	COMPLICACIONES ⑥	GRADO DE ADICIÓN AL TABACO ⑦	REFERENCIA ⑧	BAJA ⑨	VACUNA ANTINFLUENZA **
					SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EN AYUNO	CASUAL				TOTAL	LDL	HDL					NO FARMACOLÓGICO ③	FARMACOLÓGICO ④						

DATOS DE CONTROL

Glucemia (mg/dl): Anote los miligramos de glucosa en sangre encontrados ya sea por tira reactiva o análisis de laboratorio, en la casilla correspondiente si es “En Ayuno” (abstinencia de ingesta calórica, por un lapso de tiempo de 8 hrs.) o “Casual”(a cualquier hora del día, independientemente del periodo transcurrido después de la última ingestión de alimentos).

HbA1c%: Anote la cifra de la última Hemoglobina glucosilada tomada, en caso de que la tenga, cuide no replicar el resultado antes de tres meses, hasta un nuevo análisis de laboratorio.

Revisión de fondo de ojo: Marque con “X” si durante la consulta se realizó la revisión del fondo de ojo. Si se detecta retinopatía además deberá marcar con una “X” la casilla de “RP. Retinopatía” en la columna de “Complicaciones”.

Revisión de pies: Anote el número correspondiente de acuerdo a la codificación: 1.No realizada, 2.Sin hallazgos, 3.Micosis, 4.Agrietamiento, 5.Úlcera superficial. En caso de hallazgo de Pie Diabético, sólo deberá marcar con “X” la casilla de “PD. Pie Diabético” en la columna de “Complicaciones” y dejar vacío este espacio.

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

DATOS DE CONTROL															SIS-SS-EC-P												
Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	IMC	SOBREPESO **	CC (cm)	PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO **	REVISIÓN DE PIES ①	COLESTEROL			TRIGLICÉRIDOS	MICROALBUMINURIA **	CREATININA	PACIENTE CONTROLADO ②	TRATAMIENTO PRESCRITO		GRUPO AYUDA MUTUA-EC ⑤	COMPLICACIONES ⑥	GRADO DE ADICCIÓN AL TABACO ⑦	REFERENCIA ⑧	BAJA ⑨	VACUNA ANTIINFLUENZA **
						SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EN AYUNO	CASUAL				TOTAL	LDL	HDL					NO FARMACOLÓGICO ③	FARMACOLÓGICO ④						

DATOS DE CONTROL

Colesterol: Anote el resultado de laboratorio en mg/dl, para colesterol Total, LDL y HDL. Esta prueba deberá realizarse al menos una vez al año.

Triglicéridos: Anote el resultado de laboratorio en mg/dl. Esta prueba deberá realizarse al menos una vez al año.

Microalbuminuria: Marque con “X” en caso de haberse realizado. Esta prueba deberá llevarse a cabo al menos una vez al año.

Creatinina: Anote el valor obtenido de la prueba en mg/dl. Se deberá confirmar algún estadio de enfermedad renal con tasa de filtrado glomerular y en caso de que se encuentre “Enfermedad Renal Crónica” marcar la casilla ERC en la columna de “Complicaciones”.

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas

SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

DATOS DE CONTROL															SIS-SS-EC-P											
Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	IMC	SOBREPESO **	PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO **	REVISIÓN DE PIES ①	COLESTEROL			TRIGLICÉRIDOS	MICROALBUMINURIA **	CREATININA	PACIENTE CONTROLADO ②	TRATAMIENTO PRESCRITO		GRUPO AYUDA MUTUA-EC ⑤	COMPLICACIONES ⑥	GRADO DE ADICCIÓN AL TABACO ⑦	REFERENCIA ⑧	BALA ⑨	VACUNA ANTINFLUENZA **
					SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EN AYUNO	CASUAL				TOTAL	LDL	HDL					NO FARMACOLÓGICO ③	FARMACOLÓGICO ④						

DATOS DE CONTROL

Paciente controlado: Anote el número que corresponde al padecimiento de acuerdo a la consulta efectuada (1.Diabetes mellitus, 2.Hipertensión, 3.Obesidad, 4.Dislipidemia, 5.Síndrome metabólico), especificando con un “Sí”, si está controlado, y con un “No”, si no está controlado; ejemplo: Diabético controlado 1. Sí.

Considere PACIENTE CONTROLADO para:

Diabetes Mellitus: Paciente que se encuentra en tratamiento farmacológico y/o no farmacológico con niveles de glucosa plasmática o capilar en ayuno de entre 70 y 130 mg/dl o de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) por debajo de 7%.

Hipertensión arterial: Paciente que se encuentra en tratamiento no farmacológico y/o farmacológico, que su presión arterial se encuentra en cifras menores a 140/90 mmHg. Cuando el paciente tenga comorbilidad con diabetes mellitus se considerará bajo control cuando su presión arterial se encuentre en cifras menores a 130/80 mmHg.

Obesidad: Paciente que haya disminuido al menos el 5% del peso corporal con relación a la medición de su ingreso al tratamiento y mantenga dicha disminución.

Dislipidemias:

Colesterol Total: Paciente que presenta cifras de colesterol menores a 200 mg/dl.

LDL: Paciente que presenta cifras de LDL menores de 100 mg/dl.

HDL: Paciente masculino con cifras mayores de 40 mg/dl y mujeres con cifras mayores de 50 mg/dl.

Triglicéridos: Paciente que presenta cifras de triglicéridos menores a 150 mg/dl, en muestra tomada en ayuno de al menos 12 horas.

Síndrome metabólico: Considere caso controlado de síndrome metabólico cuando se haya controlado diabetes mellitus y al menos otro padecimiento con los que se integró el diagnóstico. Si no está contemplada la diabetes considere al menos dos padecimientos en control. Tenga en cuenta los siguientes valores de referencia para considerarse en control:

Presión arterial: **menor a 140/90 mmHg y menor de 130/80 mmHg** cuando presentan Diabetes mellitus como comorbilidad.

Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) por **debajo de 7%** o Glucosa en ayuno entre **70 y 130 mg/dl**.

Colesterol total: **menor a 200 mg/dl**.

Triglicéridos: **menor a 150 mg/dl**

Obesidad: Paciente que haya disminuido al menos el **5%** del peso corporal con relación a la medición de su ingreso al tratamiento y mantenga dicha disminución.

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas

SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

DATOS DE CONTROL															SIS-SS-EC-P											
Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	I M C	CC (cm)	PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO **	REVISIÓN DE PIES ①	COLESTEROL			TRIGLICÉRIDOS	MICROALBUMINURIA **	CREATININA	PACIENTE CONTROLADO ②	TRATAMIENTO PRESCRITO		GRUPO AYUDA MUTUA-EC ⑤	COMPLICACIONES ⑥	GRADO DE ADICCIÓN AL TABAQUO ⑦	REFERENCIA ⑧	BAJA ⑨	VACUNA ANTINFUENZA **
					SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EN AYUNO	CASUAL				TOTAL	LDL	HDL					NO FARMACOLÓGICO ③	FARMACOLÓGICO ④						

DATOS DE CONTROL

Tratamiento prescrito: Especifique el tipo de tratamiento, no farmacológico y farmacológico, y las claves según correspondan.

No farmacológico: Marque con “X” el recuadro correspondiente a las medidas no farmacológicas prescritas al paciente AC. Alimentación correcta, AF. Actividad Física, EHT. Eliminar hábito tabáquico, EHA. Eliminar hábito alcohólico.

Farmacológico: Anote de acuerdo a la codificación la clave del o de los medicamentos prescritos:

1.Ácido acetil salicílico 300mg, 2.Metformina 850mg, 3.Glibenclamida 5mg, 4.Linagliptina 5mg, 5.Acarbosa 50mg, 6.Insulina rápida, 7.Insulina glargina, 8.Insulina NPH, 9.Insulina lispro protamina, 10.Complejo B, 11.Captopril 25mg, 12.Enalapril 10mg, 13.Nifedipino 30mg, 14.Hidroclorotiazida 25mg, 15.Clortalidona 50mg, 16.Metoprolol 100mg, 17.Propranolol 40mg, 18.Telmisartán 40mg, 19.Losartán 50mg, 20.Irbesartán 150mg, 21.Alopurinol 100mg, 22.Pravastatina 10mg, 23.Atorvastatina 20mg, 24.Bezafibrato 200mg, 25.Verapamil 80mg, 26.Furosemda 40mg, 27.Otro.

Grupo de Ayuda Mutua - EC: Marque con “X” dentro de la casilla si pertenece a un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) - EC.

Complicaciones: Marque con “X” la casilla que corresponda al tipo de complicación encontrada en la consulta: RP. Retinopatía, ERC. Enfermedad Renal Crónica, NE. Neuropatía, PD. Pie Diabético, CAR. Enfermedad Cardiovascular, CER. Enfermedad Cerebrovascular, AS. Apnea del Sueño, Otra. Otras complicaciones. NOTA: si en las consultas subsecuentes se identifica una nueva complicación, ésta deberá ser la única que se registre para esa cita.

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas

SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

DATOS DE CONTROL																		SIS-SS-EC-P										
Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	I M C	SOBREPESO **	CC (cm)	PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO **	REVISIÓN DE PIES ①	COLESTEROL			TRIGLICÉRIDOS	MICROALBUMINURIA **	CREATININA	PACIENTE CONTROLADO ②	TRATAMIENTO PRESCRITO		GRUPO AYUDA MUTUA AC ⑤	COMPLICACIONES ⑥	GRADO DE ADICCIÓN AL TABACO ⑦	REFERENCIA ⑧	BALA ⑨	VACUNA ANTINFUENZA **	
						SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EN AYUNO	CASUAL				TOTAL	LDL	HDL					NO FARMACOLÓGICO ③	FARMACOLÓGICO ④							
																				AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>		RP <input type="checkbox"/> ERC <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>						
																				AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>		RP <input type="checkbox"/> ERC <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>						
																				AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>		RP <input type="checkbox"/> ERC <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>						

No farmacológico: Marque con "X" el recuadro correspondiente a las medidas no farmacológicas prescritas al paciente AC. Alimentación correcta, AF. Actividad Física, EHT. Eliminar hábito tabáquico, EHA. Eliminar hábito alcohólico.

Complicaciones: Marque con "X" la casilla que corresponda al tipo de complicación encontrada en la consulta: RP. Retinopatía, ERC. Enfermedad Renal Crónica, NE. Neuropatía, PD. Pie Diabético, CAR. Enfermedad Cardiovascular, CER. Enfermedad Cerebrovascular, AS. Apnea del Sueño, Otra. Otras complicaciones.
NOTA: si en las consultas subsecuentes se identifica una nueva complicación, ésta deberá ser la única que se registre para esa cita.

AC <input type="checkbox"/>	EHT <input type="checkbox"/>					RP <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
AF <input type="checkbox"/>	EHA <input type="checkbox"/>					PD <input type="checkbox"/>	CAR <input type="checkbox"/>	CER <input type="checkbox"/>
						AS <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	
AC <input type="checkbox"/>	EHT <input type="checkbox"/>					RP <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
AF <input type="checkbox"/>	EHA <input type="checkbox"/>					PD <input type="checkbox"/>	CAR <input type="checkbox"/>	CER <input type="checkbox"/>
						AS <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	

③ Anote una X en la(s) casilla(s) de acuerdo al(los) tratamiento(s) no farmacológico(s) prescrito(s): AC.Alimentación correcta, AF.Actividad Física, EHT.Eliminar hábito tabáquico, EHA.Eliminar hábito alcohólico.

⑥ Anote una X en la(s) casilla(s) de acuerdo a la(s) complicación(es): RP.Retinopatía, ERC.Enfermedad Renal Crónica, NE.Neuropatía, PD.Pie Diabético, CAR.Enf. Cardiovascular, CER.Enf. Cerebrovascular, AS.Apnea del Sueño, Otra.

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

DATOS DE CONTROL															SIS-SS-EC-P												
Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	I M C	SOBREPESO **	CC (cm)	PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO **	REVISIÓN DE PIES ①	COLESTEROL			TRIGLICÉRIDOS	MICROALBUMINURIA **	CREATININA	PACIENTE CONTROLADO ②	TRATAMIENTO PRESCRITO		GRUPO AYUDA MUTUA-IC ⑤	COMPLICACIONES ⑥	GRADO DE ADICCIÓN AL TABACO ⑦	REFERENCIA ⑧	BAJA ⑨	VACUNA ANTIINFLUENZA **
						SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EN AYUNO	CASUAL				TOTAL	LDL	HDL					NO FARMACOLÓGICO ③	FARMACOLÓGICO ④						

DATOS DE CONTROL

Grado de Adicción al Tabaco: En caso de que el paciente dentro de los antecedentes personales tenga seleccionada la casilla de Tabaquismo o en consultas posteriores manifieste inicio de hábito tabáquico, deberá realizarse el test de Fagestrom anotando el código correspondiente al nivel de dependencia encontrado, identificado con: I. No dependencia, II. Dependencia débil, III. Dependencia moderada, IV. Fuerte dependencia, V. Dependencia muy fuerte.

Referencia: Anote la clave que corresponda al nivel de atención al que es referido el paciente: 1.Unidad de consulta externa, 2.Hospital general, 3.Hospital de especialidad, 4.UNEME-EC.

Baja: se refiere a los pacientes dados de baja del programa, de manera definitiva o temporal. Anote el número que corresponda al motivo por el cual el paciente egresa del programa: 1.Cambio de domicilio; 2.Rechazo al tratamiento; 3.Defunción; 4.Perdido; 5.Otro motivo, 6.Baja Temporal por Referencia a UNEME-EC.

Vacuna Antiinfluenza: Marque con "X" si la vacuna fue aplicada. Este biológico es ministrado en el periodo invernal, cuide de no replicar el registro hasta la siguiente aplicación.

Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

SIS 2015

CLASIFICACION DE DIAGNÓSTICO (S): . Diabetes, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemias o más de una enfermedad crónica.

*1.Alimentación Saludable 2.Actividad Física 3.Eliminar hábitos tabáquico y/o alcohólico

** 1.-Glibenclámid-tableta 5mg, 2.-Metformina-tableta 850 mg, 3.-Acarbosa-tableta 50 mg, 4.-Insulina nph 100 UI 5 ml, 5.-Captopril-tableta 25 mg, 6.-Enalapril cápsula/tableta 10 mg, 7.-Hidroclorotiazida-tableta 25 mg, 8.-Metoprolol-tableta 100 mg, 9.-Propranolol-tableta 10 mg, 10.-Nicardipino Comprimidos 30 mg, 11.-Nifedipino cápsula 10 mg, 13.-Verapamil gragea 80 mg, 14.-Losartán gragea 50 mg, 15.-Irbesartán-tableta 150 mg, 16.-Candesartán-tableta 16 mg, 17.-Ácido nicotínico-tableta 500 mg, 18.-Atorvastatina-tableta 20 mg, 19.-Bezafibrato-tableta 200 mg, 20.-Ezetimiba-tableta 10 mg, 21.-Pravastatina-tableta 10 mg, 22.-Simvastatina-tableta 20 mg, 23.-Rosuvastatina-tableta 10 mg, 24.-Ácido acetil salicílico-tableta 300 mg, 25.-Ácido acetil salicílico-tableta 500 mg, 26.-Alopurinol 100 mg, 27.-Alopurinol 300 mg, 28.-Clopidogrel gragea 75 mg, 29.-Clortalidona-tableta 50 mg, 30.-Dinitrato de isosorbida 10 mg, 31.-Ezetimiba-tableta 10 mg, 32.-Furosemda ampollita 20 mg, 33.-Insulina Aspártica 10ml, 34.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 1 pluma, 35.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 5 plumas, 36.-Insulina glargina 100 UI 10 ml, 37.-Insulina glargina 100 UI 3ml con 5 plumas, 38.-Insulina lenta 100 UI 10 ml, 39.-Insulina lispro 100 UI 10 ml, 40.-Insulina lispro protamina 2 cart. 3 ml/frasco 10 ml, 41.-Insulina nph 100 UI 10ml, 42.-Insulina rápida 100 UI 5 ml, 43.-Insulina rápida 100 UI 10ml, 44.-Irbesartán-tableta 300 mg, 45.-Irbesartán-Hidroclorotiazida 150 mg/12.5 mg, 46.-Irbesartán-Hidroclorotiazida 300 mg/12.5 mg, 47.-Linagliptina 5 mg, 48.-Losartán-Hidroclorotiazida 50 mg/12.5 mg, 49.-Nifedipino comprimido 30 mg, 50.-Prazosina cápsula 1 mg, 51.-Propranolol-tableta 40 mg, 52.-Saxagliptina 5 mg, 53.-Sitagliptina 100 mg, 54.-Telmisartán-tableta 40 mg, 55.-Verapamil ampollita 5 mg, 56.-Vildagliptina 50mg

*** Paciente Controlado: Anote Si y el número de padecimiento (De acuerdo al resultado de la consulta efectuada en ese día) 1.Diabetes, 2.Hipertensión 3.Obesidad 4.Dislipidemia 5.Síndrome metabólico 6. Sobre peso. Ejemplo; Diabético controlado Si 1. No controlado anote No.

****Escriba en la casilla el número de veces que asiste en el mes

+ 1. Retinopatía 2.Nefropatía 3.Neuropatía 4.Pie Diabético 5.Enf. Cardiovascular 6.Enf. Cerebrovascular 7.Apnea del Sueño 8.Otra

++REFERENCIA I. Unidad de consulta externa II. Hospital general III. Hospital de especialidad

+++ BAJA: 1.Cambio de domicilio 2.Rechazo al tratamiento 3.Defunción 4.Perdido 5.Otro motivo

REVERSO

SIS-2015

SIS 2016

** Anote una X en la casilla según corresponda

① Anote el número en la casilla correspondiente: 1.No realizada, 2.Sin hallazgos, 3.Micosis, 4.Agrietamiento, 5.Úlcera superficial.

② Anote el número que corresponde al padecimiento de acuerdo a la consulta efectuada (1.Diabetes, 2.Hipertensión, 3.Obesidad, 4.Dislipidemia, 5.Síndrome metabólico), especificando con un Sí, si esta controlado, y con un No, si no está controlado; Ejemplo: Diabético controlado 1.Si

③ Anote una X en la(s) casilla(s) de acuerdo al(los) tratamiento(s) no farmacológico(s) prescrito(s): AC.Alimentación correcta, AF.Actividad Física, EHT.Eliminar hábito tabáquico, EHA.Eliminar hábito alcohólico.

④ Anote los números de los medicamentos prescritos: 1.Ácido acetil salicílico 300mg, 2.Metformina 850mg, 3.Glibenclámid 5mg, 4.Linagliptina 5mg, 5.Acarbosa 50mg, 6.Insulina rápida, 7.Insulina glargina, 8.Insulina NPH, 9.Insulina lispro protamina, 10.Complejo B, 11.Captopril 25mg, 12.Enalapril 10mg, 13.Nifedipino 30mg, 14.Hidroclorotiazida 25mg, 15.Clortalidona 50mg, 16.Metoprolol 100mg, 17.Propranolol 40mg, 18.Telmisartán 40mg, 19.Losartán 50mg, 20.Irbesartán 150mg, 21.Alopurinol 100mg, 22.Pravastatina 10mg, 23.Atorvastatina 20mg, 24.Bezafibrato 200mg, 25.Verapamil 80mg, 26.Furosemda 40mg, 27.Otro.

⑤ Anote una X en la casilla si aplica

⑥ Anote una X en la(s) casilla(s) de acuerdo a la(s) complicacion(es): RP.Retinopatía, ERC.Enfermedad Renal Crónica, NE.Neuropatía, PD.Pie Diabético, CAR.Enf. Cardiovascular, CER.Enf. Cerebrovascular, AS.Apnea del Sueño, Otra.

⑦ Anote el grado de adicción al tabaco con base en el test de Fagerström: I.No dependencia, II.Dependencia débil, III.Dependencia moderada, IV.Fuerte dependencia, V.Dependencia muy fuerte.

⑧ Si el paciente fue referido a otra unidad, anote el número que precede al nivel: 1.Unidad de consulta externa, 2.Hospital general, 3.Hospital de especialidad, 4.UNEME-EC.

⑨ En caso de Baja el paciente, anote el número que corresponde a la causa que lo motivó: 1.Cambio de domicilio, 2.Rechazo al tratamiento, 3.Defunción, 4.Perdido, 5.Otro motivo, 6.Baja temporal por referencia a UNEME-EC.

REVERSO

SIS-2016

Transcriba el anverso de la tarjeta 2015 a la tarjeta 2016

- ✓ En caso de no contar con todos los datos obligatorios para la versión 2016, se debe:
 - Revisar el Expediente clínico del paciente y/o
 - En el momento de otorgar la consulta requisitar los datos faltantes y/o
 - Realizar visita domiciliaria
- ✓ Lo anterior debido a que al momento de ingresar al SIC si falta algún dato obligatorio, el sistema no permitirá dicha captura.

Gracias!!