



# **REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA**

Sistema de Información HIS

**ETAPA DE VIDA JOVEN**

**2015**

## ETAPA DE VIDA JOVEN

### ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
A150	TB Pulmonar BK (+)	C502	Tumor Maligno del Cuadrante Superior Interno de la Mama
A151	TB Pulmonar solo Cultivo (+)	C503	Tumor Maligno del Cuadrante Inferior Interno de la Mama
A160	TB Pulmonar BK (-) Cultivo (-)	C504	Tumor Maligno del Cuadrante Superior Externo de la Mama
A162	TB Pulmonar BK (-)	C505	Tumor Maligno del Cuadrante Inferior Externo de la Mama
A169	TB Pulmonar sin Baciloscopia	C506	Tumor Maligno de la Prolongación Axilar de la Mama
A180	Tuberculosis de Huesos y Articulaciones	C508	Lesión de sitios contiguos de la mama
E3441	Talla Ligeramente Alta	C509	Tumor Maligno de la Mama parte no Especificada
E46X1	Delgadez Grado I	N63X	Masa no Especificada en la Mama
E46X2	Delgadez Grado II	D509	Anemia por Deficiencia de Hierro, no especificada
E46X3	Delgadez Grado III	Z010	Examen de Ojos y de la Visión
E6691	Obesidad Grado I	Z011	Examen de Oídos y de la Audición
E6692	Obesidad Grado II	Z006	Normal (Estado Nutricional)
E6693	Obesidad Grado III	Z559	Problemas no Especificado Relacionado con la Educación y la Alfabetización
F10.	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	Z619	Problemas Relacionados con Experiencia Negativa no Especificada en la Infancia
F11.	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos	Z639	Otros Problemas Relacionados con el Grupo Primario de Apoyo, Inclusive Circunstancias Familiares (Relaciones Familiares)
F12.	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides	Z651	Problemas Relacionados con otras Circunstancias Psicosociales VIH/SIDA (Sociales, Familiares, Laborales y Académicos)
F13.	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos	Z659	Problemas Relacionados con otras Circunstancias Psicosociales (Problemas en el Desarrollo Psicosocial)
F14.	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína	Z701	Consulta Relacionada con la Orientación del Paciente (Paciente Preocupado por Falta de Reacción Impotencia Orientación Sexual Promiscuidad)
F15.	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes	Z702	Consulta Relacionada con la Orientación con la Conducta Sexual de una Tercera Persona (Consulta solicitada para la Orientación y Conducta Sexual de Esposos(a), Menor, Pareja)
F16.	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinogeno	Z703	Consulta Relacionada con Preocupaciones Combinadas Sobre la Actitud, la Conducta y la Orientación Sexuales
F17.	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco	Z720	Problemas Relacionados con el Uso del Tabaco
F18.	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes	Z721	Problemas Relacionados con el Consumo del Alcohol
F19.	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de multiples drogas	Z722	Problemas Relacionados con el Uso de Drogas
T742	Abuso Sexual	Z7241	Riesgo de Desnutrición / Delgadez
T743	Abuso Psicologico	Z7251	Riesgo de Embarazo por la Conducta Sexual de Alto Riesgo
T748	Otros Síndromes de Maltrato Forma Mixta	Z7252	Riesgo de ETS por la Conducta Sexual de Alto Riesgo
T7480	Riesgo de Abuso Fisico y/o Emocional y/o Sexual	Z7253	Riesgo de SIDA por la Conducta Sexual de Alto Riesgo
T749	Síndrome del Maltrato no Especificado		
A590	Trichomoniasis Urogenital		
A64X1	Síndrome de Bubón Inguinal		
A64X4	Síndrome de Ulcera Genital		
A64X5	Síndrome de Dolor Abdominal Bajo		
A64X6	Síndrome de Secreción Uretral		
A64X9	Síndrome de Flujo Vaginal		
N870	Displasia Cervical Leve / Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado 1 (Nic1)		
N871	Displasia Cervical Moderada / Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado 2 (Nic2)		
N872	Displasia Cervical Severa/Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado 3 (Nic 3)		
N879	Displasia del Cuello del Utero, no Especificada		
C500	Tumor Maligno del Pezón y Areola Mamaria		
C501	Tumor Maligno de la Porción Central de la Mama		



<b>Código</b>	<b>Diagnóstico / Actividad</b>	<b>Código</b>	<b>Diagnóstico / Actividad</b>
Z7254	Riesgo de SIDA por la Conducta NO Sexual de Alto Riesgo	U200	Sintomático Respiratorio
Z726	Problemas Relacionados con el Juego y las Apuestas	U1243	Capacitación al Docente
Z728	Otros Problemas Relacionados con el Estilo de Vida	U1242	Capacitación al Personal de Salud
Z019	Valoración clínica de factores de riesgo	99644	Consejería Integral
Z7281	Riesgo de Lesiones y Accidentes	99403	Consejería Nutricional
Z7171	Consejería Pre-Test para VIH	99344	Visita Familiar Integral
Z7172	Consejería Post-Test reactivo para VIH	C0010	Sesión Demostrativa
Z7173	Consejería Post-Test No reactivo para VIH	C0009	Sesión Educativa
86703	Toma de Prueba para VIH (PR/ELISA)	U111	Animación Socio Cultural (Encuentro Juvenil)
86592	Prueba rápida de sífilis (Cualitativa)	C8002	Plan de Atención Integral
Z0174	RPR o VDRL (Cuantitativa)	C7002	Supervisión Integral de Salud
U130	Consejería en ITS	C7004	Asistencia Técnica
88141	Toma de muestra PAP	U140	Entrevista de tamizaje de Salud Mental
Z0143	Examen de Mama	Z3491	Gestante normal de 1º trimestre
Z2781	Vacunación Diftotetánica (dT)	Z3492	Gestante normal de 2º trimestre
90708	Vacunación Antisarampión y Rubéola (SR)	Z3493	Gestante normal de 3º trimestre
90744	Vacunación Antihepatitis Viral B (HVB)	Z3591	Gestante con factor de riesgo de 1º trimestre
90657	Vacunación contra la Influenza (estacional)	Z3592	Gestante con factor de riesgo de 2º trimestre
		Z3593	Gestante con factor de riesgo de 3º trimestre
		U307	Atención Preconcepcional /pregestacional
		U0043	Actividad de Salud en Jóvenes

**X60. – X84. Todos los códigos del grupo Lesiones autoinflingidas intencionalmente**

**El “.” indica que se toman todas las subcategorías de la clasificación**

**Los ejemplos del presente manual son modelos que establecen el criterio descrito para el registro de actividades de manera estandarizada en el país. En algunas situaciones se muestra en el modelo de registro solo la actividad que se está ejemplificando lo que no significa que sea esa la única actividad a registrar en el momento de la atención, puede confluir más de un ejemplo mostrado de manera individual solo teniendo que respetar todas las características de registro que se indican para cada actividad.**

## INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ETAPA DE VIDA JOVEN

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

### A. ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, distrito de procedencia, pertenencia étnica, edad, sexo, establecimiento y UPS se registran siguiendo las indicaciones planteadas en el capítulo de Aspectos Generales del presente Documento Técnico.

**Respecto al financiador, para la etapa de vida joven solo se deben consignar 1=Usuario, 2=Seguro Integral (SIS), 10=Otros y 11=Exonerados (jóvenes que no son SIS y no pagan, exonerados por servicio social); eventualmente 3=ESSALUD en el ámbito donde se realice el proceso de intercambio prestacional y 9=Privados si el establecimiento de Salud cuenta con algún convenio de carácter privado con alguna institución de la jurisdicción.**

En el ítem: Tipo de diagnóstico se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de registrar: Marcar con un aspa (X)

- P: (Diagnóstico Presuntivo)** Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de Lab. Su carácter es provisional.
- D: (Diagnóstico Definitivo)** Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.
- R: (Diagnóstico Repetido)** Cuando la persona vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

Si son más de tres diagnósticos, anote en el siguiente registro y trace una línea oblicua desde el ítem día hasta el de servicio y deje en blanco.

Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

### PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS Y LOS JÓVENES

La atención integral de salud comprende la provisión continua, integrada y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud de las y los jóvenes, en el contexto de su vida en familia, institución educativa y en la comunidad.

El Plan de Atención Integral se registra en el formulario HIS al momento de su elaboración y cuando se concluye con la entrega de todas las prestaciones previstas en el plan establecido de acuerdo a la normatividad vigente.

Se considerará como el registro de Plan de Atención Integral ejecutado cuando los jóvenes hayan recibido en el año, el siguiente paquete mínimo de atención:

- ⇒ Inicio de Plan
- ⇒ Valoración clínica de riesgo
- ⇒ Tamizajes de salud mental
- ⇒ Planificación familiar:

Para que se considere la prestación en el caso de jóvenes que aún no hayan iniciado relaciones sexuales, se les debe dar al menos una orientación y consejería sobre planificación familiar.

Para que se considere la prestación en el caso de jóvenes que ya hayan iniciado relaciones sexuales, se les debe dar la atención con provisión de MAC de acuerdo al tipo de método elegido, garantizando que al finalizar el año la usuaria(o) esté protegida(o).

- ⇒ Tamizaje para la detección de VIH en el caso de jóvenes que ya iniciaron vida sexual
- ⇒ Consejería para la prevención de ITS
- ⇒ Consejería Integral
- ⇒ Toma de Papanicolaou y examen de mamas para el caso de las mujeres
- ⇒ Inmunizaciones DT y anti Hepatitis B
- ⇒ Examen odontológico
- ⇒ Exámenes de laboratorio ( Hemoglobina, glucosa, colesterol) para los establecimientos que cuentan con laboratorio, y:
- ⇒ Tamizajes normados por la Estrategia de No transmisibles para la detección de riesgo en jóvenes, y valoración clínica de riesgo.

Cumplida con las prestaciones previamente expuestas se registrará como Plan ejecutado en LAB= (TA).

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero la morbilidad o atención de salud que se esté brindando.
- En el 2º casillero el plan de atención integral de salud

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero “P”, “D” o “R” si se trata de morbilidad
- En el 2º casillero “D” si se trata de actividades.

### Elaboración de Plan Atención Integral

En el ítem: Lab Anote en el registro del plan atención integral de salud

“1” cuando se elabora el plan de atención integral

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	65244	1	80	Canchaque	20 A	M	N	N	1. Gastritis, no especificada	P	D	R		K297
							C	C	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	D	R	1	C8002
	28952624							R	R	3.	P	D	R	

### Plan Ejecutado

En el ítem Lab anote “TA” cuando termine con todas las actividades programadas del plan elaborado.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
25	65244	1	80	Canchaque	20 A	M	N	N	1. Plan de Atención Integral de Salud	P	D	R	TA	C8002
							C	C	2.	P	D	R		
	28952624							R	R	3.	P	D	R	

### CONSEJERÍA INTEGRAL

**Definición Operacional.**- La consejería es un proceso de diálogo e interacción entre el consejero y el consultante, orientado a facilitar la comprensión y solución de problemas psico emocionales y físicos, generando un espacio educativo, de orientación y apoyo que busca promover cambios de conducta y el desarrollo de potencialidades para la toma de decisiones. Así mismo busca proporcionar apoyo en momentos de crisis, responde a necesidades específicas del joven que consulta y se centra en el tratamiento de un tema específico con enfoque integral. Puede ser individual o grupal.

La consejería del joven se puede desarrollar en 1, 2 ó más sesiones y como el objetivo es evaluar que la consejería cumpla con el objetivo determinado, el registro de la misma tomará la siguiente condición:

Se mantendrá la forma de registro, secuenciando las sesiones de consejería en el campo Lab 1, 2,... pero cuando se haya cumplido con la condición descrita en la definición operacional<sup>1</sup> (que se hayan desarrollado todos los tópicos descritos para la consejería) se colocará “TA” de término de actividad en el siguiente campo Lab.

Se considerará el término de la consejería integral cuando el/la joven haya recibido consejería en Salud sexual y reproductiva, salud nutricional y salud psicosocial.

**En las sesiones previas**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
14	56597	1	80	Moquegua	24 A	M	N	N	1. Plan de Atención Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C8002
	52689224								2. Valoración clínica de factores de riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DNT	Z019
									3. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401

**EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA**

La clasificación que se hace de acuerdo a las normas técnicas vigentes.

**EN LOS JÓVENES DE 18 A 29 AÑOS**

Se tiene la siguiente clasificación:

IMC PARA LA EDAD		
CÓDIGO	PUNTO DE CORTE (IMC)	CLASIFICACIÓN
E46X3	<16	Delgadez III
E46X2	16 A <17	Delgadez II
E46X1	17 A < 18.5	Delgadez I
Z006	18.5 A < 25	Normal
E660	25 A < 30	Sobrepeso
E660	30 A < 35	Obesidad I
E669	35 A <40	Obesidad II
E6693	≥ a 40	Obesidad III

Fuente: Adaptado de la OMS, 1995. El estado físico: Uso e interpretación de la Antropometría. Informe del Comité de Expertos de la OMS, Serie de Informes técnicos 854, Ginebra, Suiza.

A toda persona joven que se le haya realizado la valoración nutricional antropométrica es importante tener en cuenta los signos de alerta:

- Incremento o pérdida involuntaria de peso mayor a un kilogramo en las dos últimas semanas.
- Cuando el valor del IMC de normalidad varía en  $\pm 1,5$  (aproximadamente 3 kg) entre dos controles consecutivos, durante los últimos 3 meses.
- Cuando el valor del IMC se aproxima a los valores límites de la normalidad. (Valor entre 18,5 y 19,5 o entre 24 y 25).
- Cambio de clasificación del IMC en sentido opuesto a la normalidad. Ejemplo de Sobrepeso a Obesidad I, de Normal a Sobrepeso, de Normal a Delgadez I, de Delgadez I a Delgadez II.

**DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE ENFERMAR EN LA PERSONA JOVEN SEGÚN PERÍMETRO ABDOMINAL (PAB)**

La determinación del perímetro abdominal (PAB) se utiliza para identificar el riesgo de enfermar, por ejemplo de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, entre otras.

Los puntos de corte a utilizarse son los siguientes:

**Clasificación de Riesgo de Enfermar según sexo y Perímetro Abdominal**

SEXO	RIESGO		
	Bajo LAB= "RSM"	Alto LAB= "RSA"	Muy Alto LAB= "RMA"
HOMBRE	<94	>= 94 cm.	>= 102 cm.
MUJER	<80	>= 80 cm.	>= 88 cm.

Fuente: World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic Report of a WHO Consultation on Obesity 2000. Geneva, World Health Organization.

### Circunferencia Muscular del Brazo (CMB).

Es el resultado de restar el compartimento graso de la circunferencia del brazo. El valor obtenido puede ser comparado con los valores estándar para hombres y mujeres. El resultado representa el estado de la proteína somática.

#### Fórmula y valores referenciales para Circunferencia Muscular del brazo (CMB)

$\% \text{ CMB} = \frac{\text{CMB actual}}{\text{CMB estándar}} \times 100$	
<b>Valores estándar de CMB</b> Varón : 25.3 Mujer : 23.2	

Fuente: Longo E, Navarro E. Técnica dietoterapéutica. 1ª edición. Buenos Aires: El ateneo

Estado de desnutrición proteica muscular según % de CMB	CIE 10	LAB
Leve: 80-89%	E46X	<b>MU1</b>
Moderado : 60-79%	E46X	<b>MU2</b>
Severo : < 60%	<b>E46X</b>	<b>MU3</b>

### Pliegue Cutáneo Tricipital

Ha mostrado gran valor para predecir el porcentaje de grasa total del cuerpo.

#### Fórmula y valores referenciales del porcentaje de Pliegue cutáneo Tricipital (PCT)

$\% \text{ PCT} = \frac{\text{PCT actual (mm)}}{\text{PCT estándar (mm)}} \times 100$	
<b>Valores estándar del PCT (mm)</b> Varón : 12.5 Mujer : 16.5	

Fuente: Longo E, Navarro E. Técnica dietoterapéutica. 1ª edición. Buenos Aires: El ateneo

Estado de desnutrición calórica según % de PCT	CIE 10	LAB
Leve : 80-89%	<b>E46X</b>	LEV
Moderado : 60-79%	<b>E46X</b>	MOD
Severo : < 60%	<b>E46X</b>	SEV

En el registro HIS, de acuerdo a anote:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º casillero Evaluación por IMC
- En el 2º casillero el resultado Evaluación del PAB
- En los siguientes casilleros anote el o los diagnósticos resultado de la clasificación del estado nutricional (evaluación antropométrica, evaluación dietética, evaluación de la actividad física y bioquímica nutricional).

Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1º casillero SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero "IMC"
- En el 2º casillero identifique el **nivel de riesgo** de acuerdo a la siguiente clasificación:
  - **RSM** = Riesgo Bajo
  - **RSA** = Riesgo Alto
  - **RMA** = Riesgo Muy Alto

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
15	35624	2	80	Villa El Salvador	26 A	M	N	N	1. Sobrepeso	P	D	R	IMC	E660
	85426233								2. Control y Evaluación Nutricional (Evaluación del PAB)	P	D	R	RSA	U8170
									3. Desequilibrio de los constituyentes de la dieta	P	D	R		E631
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

### EN LOS CONTROLES DE SEGUIMIENTO

Los diagnósticos que se mantengan en la misma condición deberán registrarse con tipo de diagnóstico “R” y las actividades deberán secuenciarse en el campo Lab de acuerdo a número de sesión.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
15	35624	2	80	Villa El Salvador	26 A	M	N	N	1. Sobrepeso	P	D	R	IMC	E660
	85426233								2. Desequilibrio de los constituyentes de la dieta	P	D	R		E631
									3. Consejería Nutricional	P	R	R	4	99403

### CUANDO ES RECUPERADA(O)

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “IMC”
- En el 2º casillero identifique el **nivel de riesgo** de acuerdo a la siguiente clasificación: RSM, RSA, RMA
- En el 3º casillero el número de consejería nutricional
- En el siguiente casillero **EN BLANCO “PR”** lo cual indica que se trata de un **PACIENTE RECUPERADO**.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
15	35624	2	80	Villa El Salvador	26 A	M	N	N	1. Sobrepeso	P	D	R	IMC	E669
	85426233								2. Control y Evaluación Nutricional (Evaluación del PAB)	P	R	R	RSM	U8170
									3. Consejería Nutricional	P	R	R	9	99403
						M	N	N	1.	P	D	R	PR	
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

El número de sesiones para que se recupere un paciente dependerá del tipo de diagnóstico que tenga, el ejemplo es solo una referencia.

### TAMIZAJE DE PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

Actividad realizada a la población usuaria de los establecimientos de salud por el personal de salud capacitado, con el fin de detectar problemas de Salud Mental y realizar intervenciones pertinentes de acuerdo al nivel de resolución.

**Definición Operacional:** Aplicación de un cuestionario de evaluación con la finalidad de hacer una detección temprana y oportuna de los problemas y/o trastornos de Salud Mental en la población.

El paquete de atención para esta actividad, es el siguiente:

- **Tamizaje de Salud Mental**, es un proceso que permite identificar oportunamente personas en riesgo de presentar problemas y/o trastornos de salud mental. Es un procedimiento breve que consiste en la aplicación de una ficha por un personal de salud con competencias, según lo establecido en las guías de práctica clínica reconocida por el Ministerio de Salud. El tiempo de aplicación es de 10 minutos.
- **Consejería**, es un procedimiento mediante el cual se brinda pautas determinadas que ayudan a la persona a tomar decisiones en relación a determinados problemas de salud mental. Tiene una duración de 10 minutos y se realiza inmediatamente después de efectuado el tamizaje. Es desarrollada en el establecimiento de salud por un personal de salud con competencias.

### Cuando el resultado del Tamizaje es NEGATIVO

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote: “Tamizaje de Salud Mental”

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D”





En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla correspondiente al motivo por el cual se está haciendo la entrevista:
  - EP = Por Psicosis
  - AD = Alcohol y Drogas
  - VIF = Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil
  - TD = Trastornos Depresivos
- En el casillero de la consejería deje en blanco ya que es solo una consejería por tamizaje.

DÍA	H.C./F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
15	49545	1	80	Lima	25 A	M	N	N	1. Tamizaje de Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99404	
	06017062						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

Cuando el tamizaje es positivo utilice los siguientes códigos:

Tamizaje	Código	Descripción
Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil (VIF)	R456	Problemas relacionados con violencia
Alcohol y Drogas (AD)	Z720	Problemas Relacionados con el Uso de Tabaco
	Z721	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de Alcohol
	Z722	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de drogas
Depresión	Z133	Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental
Psicosis	Z133	Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental

Cuando el resultado del Tamizaje es POSITIVO para violencia, el tipo de diagnóstico es "D"

DÍA	H.C./F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
12	23457	1	80	Rimac	27 A	M	N	N	1. Tamizaje de Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Problemas relacionados con violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		R456	
	12548741						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Consejería en Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

Cuando el resultado del Tamizaje es POSITIVO para consumo de alcohol u otras drogas, el tipo de diagnóstico es "D"

DÍA	H.C./F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	3546	1	80	Villa El Salvador	23 A	M	N	N	1. Tamizaje de Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AD	U140
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Problemas relacionados con el uso de drogas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z722	
	54847415						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Consejería en Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

Para el caso de Tamizaje POSITIVO para trastorno depresivo; coloque en el campo Lab "TD"

DÍA	H.C./F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
15	9545	1	80	Camaná	27 A	M	N	N	1. Tamizaje de Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TD	U140
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z133	
	22945530						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Consejería en Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	



**Para el caso de Tamizaje positivo para el síndrome y/o trastorno psicótico; coloque en el campo Lab "EP"**

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
15	44572	1	80	Camaná	25 A	M	N	N	1. Tamizaje de Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	EP	U140
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z133
	10844555								R	R	3. Consejería en Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R

**Tamizaje Positivo en Víctimas de Violencia Política**

Para el caso del tamizaje de problemas o trastornos de salud mental (Violencia, depresión, adicciones y psicosis) a usuarios considerados como víctimas de violencia política y están registrados en el Registro Único de Víctimas, se adicionará el código Z654, De igual forma para el usuario que es considerado víctima de desastre, se adicionará el código Z655 (Exposición a desastre, guerra u otras hostilidades).

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
15	9545	1	80	Camaná	27 A	M	N	N	1. Tamizaje de Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AD	U140
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Problemas relacionados con el uso de drogas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z722
	85425637								R	R	3. Consejería en Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R
						M	N	N	1. Víctima de crimen o terrorismo, incluyendo tortura	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z654
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

**Las consejerías por tamizaje no serán secuenciadas por ser únicas para esta actividad**

**ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL/PREGESTACIONAL**

**Definición Operacional:** Es la atención integral realizada para promover los cuidados más adecuados durante el periodo preconcepcional y lograr un embarazo, parto y puerperio y un recién nacido/a en buen estado de bienestar tanto biológico, psicológico y social.

Se considera preparada cuando ha recibido tres (03) atenciones con un paquete mínimo de: evaluación física, nutricional, dosaje de hemoglobina/hematocrito, provisión de ácido fólico 3 meses antes del embarazo, tamizaje para VIH, toma PAP, examen de mamas, tamizaje de Violencia basada en Género (VBG), evaluación odontológica, inmunización contra Hepatitis B, antitetánica y fiebre amarilla en zonas endémicas, además orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Atención Preconcepcional
- En los otros casilleros las actividades consideradas en la atención.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab correspondiente a la atención preconcepcional/pregestacional 1, 2, 3 según corresponda.

**Para el EXAMEN DE MAMA**

- N si es Normal
- A si es Anormal

**Para la CONSEJERÍA INTEGRAL**

- En el 1º casillero el número de sesión de orientación/consejería
- En el 2º casillero "MA" para indicar que la orientación/consejería es en Prevención de Cáncer de Mama



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Atención Preconcepcional	P	D	R	1	U307
	07033136						C	C	2. Sobrepeso	P	D	R	IMC	E660
							R	R	3. Examen de mamas	P	D	R	N	Z0143
						M	N	N	1. Consejería Integral	P	D	R	1	99401
							C	C	2.	P	D	R	MA	
							R	R	3.	P	D	R		

Cuando viene a la 2da. Atención preconcepcional/preconcepcional, anote:

En el ítem: Lab correspondiente a la atención preconcepcional 2.

### Para la administración del Ácido Fólico y Toma Papanicolaou

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Atención Preconcepcional
- En el 2º casillero Administración de Ácido Fólico
- En el 3º casillero Toma de PAP
- En el 4º casillero Consejería Integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de sesión de Atención Preconcepcional
- En el 2º casillero "AF1" para indicar la entrega de 90 comprimidos
- En el 3º casillero para la toma de PAP
  - "PV" Si es la 1º vez que se toma PAP en su vida
  - "PC" Si es la 2º a más veces
- En el 4º casillero en número consejería de cáncer
- En el 5º casillero "CU" para indicar consejería de Cáncer de Cuello Uterino

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Atención Preconcepcional	P	D	R	2	U307
	07033136						C	C	2. Administración de Ácido Fólico	P	D	R	AF1	Z298
							R	R	3. Toma de PAP	P	D	R	PC	88141
						M	N	N	1. Consejería Integral	P	D	R	1	99401
							C	C	2.	P	D	R	CU	
							R	R	3.	P	D	R		

La tercera sesión de la Atención Preconcepcional se registra siempre con tipo de diagnóstico en "D" y con 3 en el campo Lab, describiendo la continuidad de las actividades descritas como paquete mínimo en la definición operacional.

Los ejemplos son referenciales, el registro debe obedecer a la secuencia correlativa de la atención, alternando las actividades realizadas en las usuarias

### INSPECCIÓN VISUAL CON ACIDO ACÉTICO (IVAA)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero la Examen Pélvico
- En el 2º casillero Toma de Muestra de PAP
- En el 3º casillero Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)
- En el 4º casillero la Consejería Integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D" por ser procedimientos

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º y 3º casillero registre:
  - N = Cuando el examen sea normal
  - A = Cuando el examen sea anormal
- En el 2º casillero:
  - PV si es la primera vez en su vida que se toma el PAP
  - PC si es se toma el PAP por dos o más veces.

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
3	76773	1	80	Los Olivos	27 A	M	N	N	1. Examen Pélvico	P	D	R	A	Z0142
	C						C	2. Toma de Muestra de PAP	P	D	R	PV	88141	
	R						R	3. Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	P	D	R	A	Z0182	
	45421654					F	N	N	1. Consejería Integral	P	D	R	1	99401
							C	C	2.	P	D	R	CU	
							R	R	3.	P	D	R		

### En la Evaluación de los resultados de PAP (Seguimiento)

#### Cuando el resultado es Normal (Negativo)

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
14	121245	2	80	Chachapoyas	29 A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultados de PAP	P	D	R	RN	U2601
	C						C	2. Consejería integral	P	D	R	2	99401	
	R						R	3.	P	D	R	CU		

#### Cuando la muestra de PAP es Anormal (Positivo)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero **El diagnóstico citológico de acuerdo a la clasificación de BETHESDA.**
  - Lesión Intraepitelial de Bajo Grado – LIEB (NIC I) N870
  - Lesión Intraepitelial de Alto Grado – LIEA (NIC II, NIC III) N871, N872
  - Carcinoma in Situ - D060, D061, D067, D069
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados de PAP
- En el 3º casillero Consejería integral

En el ítem : Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "D" para el diagnóstico cuando se detecta por primera vez y en los controles "R"
- En los siguientes casilleros siempre "D" cuando se trate de procedimientos y actividades

En el ítem: Lab registre:

- En el 2º casillero el número de entrega de PAP 1, 2... según corresponda
- En el 3º casillero el número de consejería 1, 2... según corresponda
- En el 4º casillero "CU" para indicar que la consejería es de cánce de cuello uterino



DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
26	65284	2	80	Puno	26 A	M	N	N	1. Displasia Cervical Leve / Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado 1	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N870
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y entrega de resultados de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2601
	9658247					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Consejería integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401
						M	N	N	1.	P	D	R	CU
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R	

**Cuando el diagnóstico citológico es ANORMAL se procederá a la REFERENCIA**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero El diagnóstico citológico de acuerdo a la clasificación de BETHESDA.
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados PAP

En el ítem : Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero:
  - **RF** = Referencia
- En el 2º casillero registre:
  - **RP** = Cuando el resultado sea POSITIVO
  - **RN** = Cuando el resultado sea NEGATIVO

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
22	65245	2	80	Los Olivos	29 A	M	N	N	1. Lesión Intraepitelial de Alto Grado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RF	N872
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y entrega de resultados PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	U2601	
	52143652					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R			

**Cuando los resultados de la muestra de PAP sean no determinados en la evaluación**

- ⇒ **ASCUS (Células escamosas de significado indeterminado)**
- ⇒ **AGUS (Células glandulares atípicas de significado indeterminado)**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Trastorno no Inflamatorio del Cuello del Útero, no Especificado
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados de PAP
- En el 3º casillero Consejería integral

En el ítem : Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "D" para el diagnóstico cuando se detecta por primera vez y en los controles "R"
- En los siguientes casilleros siempre "D" cuando se trate de procedimientos y actividades

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero:
  - **ASC** = Cuando el resultado sea ASCUS
  - **AGU** = Cuando el resultado sea AGUS
- En el 2º casillero el número de entrega de PAP 1, 2... según corresponda
- En el 3º casillero el número de consejería 1, 2... según corresponda
- En el 4º casillero "CU" para indicar que la consejería es de cáncer de cuello uterino



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
14	97565	2	80	Huaraz	28 A	M	N	N	1. Trastorno no Inflamatorio del Cuello del Útero, no Especificado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ASC	N889
	89527424					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y entrega de resultados de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2601	
						R	R	3. Consejería integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401	
						M	N	N	1.	P	D	R	CU	
						C	C	2.	P	D	R			
						F	R	R	3.	P	D	R		

### ATENCIÓN PRENATAL

**Definición Operacional:** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Considerar que todo embarazo es potencialmente en riesgo.

#### En la Atención Pre Natal

Frecuencia Óptima de Atenciones Prenatales

- Una atención mensual hasta las 32 semanas
- Una atención quincenal entre la 33 a 36 semanas
- Una atención semanal desde las 37 semanas

#### Controles Mínimos

- Dos atenciones antes de las 22 semanas
- La tercera entre las 22 a 24 semanas
- La cuarta entre las 27 a 29 semanas
- La Quinta entre las 33 a 35 semanas
- La Sexta entre las 37 a 40 semanas

### GESTANTE CON ATENCIONES

**Definición Operacional:** Son las atenciones prenatales que recibe la gestante durante el embarazo actual, incluyendo la primera y sexta atención.

### GESTANTE ATENDIDA

**Definición Operacional:** Es la gestante que acude a su 1º atención prenatal en el embarazo actual en cualquier establecimiento de salud del Ministerio de Salud.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Atención prenatal, especifique la semana del embarazo que se encuentra la gestante en cada consulta
- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, evaluación nutricional, tamizaje de VBG, etc.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 1.según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
	07033940					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692	
						R	R	3. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	O261	
						M	N	N	1. Tamizaje de VBG	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
						C	C	2.	P	D	R			
						F	R	R	3.	P	D	R		

## GESTANTE CON ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

**Definición Operacional:** Son todas aquellas actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre. Debe iniciarse en el primer trimestre de gestación y recibir el paquete básico que permita la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo para el manejo adecuado de las complicaciones que puedan presentarse tanto en la madre como en el perinato.

Considera como mínimo 6 atenciones durante el embarazo.

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero el número de control correspondiente
- En el primer campo Lab vacío "TA"

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	24 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 38 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8	Z3593
	07033940						C	C	2.	P	D	R	TA	
							R	R	3.	P	D	R		

## TAMIZAJE PARA VIH EN MEF

### CUANDO EL TAMIZAJE SE REALIZA EN EL CONSULTORIO

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Consejería Pre Test
- En el 2º casillero Toma de Prueba para VIH
- En el 3º casillero Consejería Post test de acuerdo al resultado sea:
  - NEGATIVO Z7173
  - REACTIVO Z7172

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en todos los casos

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
  - PRA = Cuando se trate de Prueba Rápida

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7171
	07033136						C	C	2. Toma de Prueba rápida para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRA	86703
							R	R	3. Consejería Post Test Negativo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7173

### CUANDO EL TAMIZAJE ES REALIZADO EN EL LABORATORIO

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero orientación/consejería Pre Test

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7171
	07033136						C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		





### CUANDO SE TIENE EL RESULTADO DE LABORATORIO

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero la orientación/consejería Post test de acuerdo al resultado
 

NEGATIVO	Z7173
REACTIVO	Z7172

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	25 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería Post Test Negativo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7173
	2.								P	D	R			
	3.								P	D	R			

### En las MEF con ELISA REACTIVA en MEF con PR Reactiva

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero evaluación y entrega de resultado de VIH
- En el 2º casillero orientación/consejería Post Test positivo

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en ambos casos

En el ítem: Lab registre ELI = Cuando se trate de Prueba de Elisa

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	23 A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultado de VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ELI	U2652
	2. Orientación/Consejería Post test positivo								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7172	
	3.								P	D	R			

### TAMIZAJE PARA VIH EN GESTANTES CON PRUEBAS RÁPIDAS CUANDO EL TAMIZAJE ES REALIZADO EN EL LABORATORIO

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo con Riesgo
- En el 2º casillero Orientación/Consejería Pre Test para VIH

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En el casillero de la orientación/consejería pre test
  - 1 si es la 1ra. Batería de laboratorio
  - 2 si es la 2da. Batería de laboratorio

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	26 A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo con Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	2. Orientación/Consejería Pre Test para VIH								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z7171	
	3.								P	D	R			

### CUANDO SE TIENE EL RESULTADO DE LABORATORIO

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo con Riesgo
- En el 2º casillero Orientación/Consejería Post test de acuerdo al resultado:
  - NEGATIVO Z7173
  - REACTIVO Z7172



En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos

En el ítem: Lab anote:

- En el 1° casillero 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En el casillero de la orientación/consejería post test
  - **1 si es la 1ra. Batería de laboratorio**
  - **2 si es la 2da. Batería de laboratorio**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	26 A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo con Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Orientación/Consejería Post Test Negativo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z7173
								R	R	3.	P	D	R	

### CUANDO SE REALIZA EN EL CONSULTORIO

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1° casillero Supervisión de Embarazo con Riesgo
- En el 2° casillero Orientación/Consejería Pre Test
- En el 3° casillero Toma de Prueba para VIH
- En el 4° casillero la orientación/consejería Post test de acuerdo al resultado sea:
  - NEGATIVO Z7173
  - REACTIVO Z7172

En el ítem: Lab anote:

- En el 1° casillero anote 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En el casillero de la orientación/consejería pre y post test
  - **1 si es la 1ra. Batería de laboratorio**
  - **2 si es la 2da. Batería de laboratorio**
- En el 3° casillero registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
  - **PRA = Cuando se trate de Prueba Rápida**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	23 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Orientación/Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z7171
								R	R	3. Toma de Prueba para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>PRA</b>
						M	N	N	1. Orientación/Consejería Post Test Negativo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z7173
						F	C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

### TAMIZAJE PARA SIFILIS EN GESTANTES CON PRUEBAS RÁPIDAS

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1° casillero Supervisión de Embarazo con Riesgo
- En el 2° casillero orientación/consejería ITS
- En el 3° casillero Toma de Prueba Rápida para SÍFILIS

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en todos los casos

En el ítem: Lab registre:

- En el 1° casillero:
  - **1 si la prueba es tomada antes de las 24 semanas del embarazo**
  - **2 si la prueba es tomada después de las 24 semanas del embarazo.**



- En el casillero de la orientación/consejería ITS
  - 1 si es la 1ra. Batería de laboratorio
  - 2 si es la 2da. Batería de laboratorio
- En el 3º casillero:
  - RP si el resultado es positivo
  - RN si el resultado es negativo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R			
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033940								2. Orientación/Consejería ITS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U130
									3. Toma de Prueba rápida para Sífilis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86592

### TAMIZAJE PARA SIFILIS EN PUERPERAS CON PRUEBAS RÁPIDAS

Solo se registrará en Materno cuando la puerpera no se realizó el tamizaje durante la gestación

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Control de Puerperio
- En el 2º casillero orientación/consejería ITS
- En el 3º casillero Toma de Prueba Rápida para Sífilis

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en todos los casos

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de control de puerperio
- En el 3º casillero:
  - RP si el resultado es positivo
  - RN si el resultado es negativo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R			
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Control de Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59430
	07033940								2. Orientación/Consejería ITS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U130
									3. Toma de Prueba Rápida para Sífilis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86592

### SI LA PRUEBA SE REALIZA FUERA DEL CONTROL DE PUERPERIO

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Orientación/Consejería ITS
- En el 2º casillero Toma de Prueba Rápida para Sífilis

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero la sigla "P" para indicar que es Puérpera
- En el 2º casillero:
  - RP si el resultado es positivo
  - RN si el resultado es negativo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R			
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería ITS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P	U130
	07033940								2. Toma de Prueba Rápida para Sífilis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86592
									3.	P	D	R		

**CUANDO EL TAMIZAJE DE SÍFILIS SEA A TRAVÉS DE RPR**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y Entrega de Resultados de RPR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	U2641
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Orientación/Consejería ITS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U130

**CONSEJERÍA PREVENTIVA EN ITS**

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero Consejería en ITS

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero en número de consejería 1, 2... según corresponda.

**Las consejerías Preventivas se registran SIN DIAGNÓSTICO de ITS**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
14	9212	2	80	Bellavista	23 A	M	N	N	1. Consejería en ITS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U130
	68250662						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

**Es la consejería individual sobre prevención de ITS a cargo de personal de salud capacitado según normatividad vigente.**
**ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR**
**Definición Operacional:** Es el proceso de comunicación interpersonal en que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas.

La orientación/consejería en Planificación familiar, consiste en proporcionar información a las personas, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias individuales y así tomar o confirmar una decisión personal o de pareja en forma satisfactoria

 La orientación/consejería en planificación familiar se registra en el formulario HIS cuando se brinda para la **Elección**, al **Aceptar** y al **Cambio** del método anticonceptivo.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 2º casillero el método

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

**Todos los métodos de Planificación Familiar y las Consejerías siempre se registran con tipo de diagnóstico "D"**

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación/consejería 1, 2 según corresponda
- En el 2º casillero el número de control establecido para el año de acuerdo al método
- En el 3º casillero registre el número de insumos entregados a la usuaria

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	D	R	1	99402
	07033136						C	C	2. Prescripción inicial oral combinado	P	D	R	1	Z3003
							R	R	3.	P	D	R	1	

## CAPTACIÓN DE LA USUARIA CON DEMANDA INSATISFECHA

**Definición Operacional:** Identificación de las mujeres que desde hace un año no optan por un método anticonceptivo. Esta identificación puede hacerse a través de actividades extra e intra murales. Se considera captada cuando luego de realizar una intervención (visita domiciliaria, sesiones educativas) por el personal de salud, la mujer accede a los servicios de planificación familiar y opta por un método anticonceptivo.

### Registre:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote claramente:

- En el 1º casillero usuaria captada
- En el 2º casillero la orientación/consejería
- En el 3º casillero el método anticonceptivo que ha optado y/o retomado la usuaria.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero correspondiente a la orientación/consejería anote el número 1, 2 según corresponda.
- En el 3º casillero correspondiente a método anticonceptivo registre el número de consulta establecido para el año en cada método.
- En el 4º casillero anote el número de insumos entregados a la usuaria

**La definición operacional describe como Usuaria Captada a aquella que una vez identificada se realiza la intervención, viene al establecimiento y opta por un método anticonceptivo, no hay paciente captada si no opta por un método anticonceptivo.**

**Los registros que solo señalen "usuaria captada" y no describan el método anticonceptivo elegido por la usuaria NO SERÁN VÁLIDOS.**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Usuaria captada	P	D	R		U161
	07033136						C	C	2. Orientación/Consejería en PF	P	D	R	1	99402
							R	R	3. Prescripción inicial oral combinado	P	D	R	1	Z3003
						M	N	N	1.	P	D	R	1	
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

## INMUNIZACIONES

### Vacunación SR

Según NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.03:

*"Esta vacuna contiene virus vivos atenuados, se utiliza en barridos de vacunación y otras actividades complementarias. Se administra a partir de los 5 años de edad, cuando no han recibido la vacuna SPR (hasta antes de los 5 años de edad). Aplicación de dosis única.*

En poblaciones de riesgo, se aplica una dosis única, como en:

- Trabajadores de salud.
- Trabajadores de aeropuertos, terrapuertos, migraciones, y otros.
- Población que vive en fronteras y en zona de elevado tránsito turístico comercial.
- Población que participa a eventos masivos de países con circulación endémica y áreas de brote de sarampión.
- Población excluida vulnerable (indígenas).”

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR)

En el ítem Lab se deja en **BLANCO** (por ser dosis única para la edad)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
15	64065	2	80	Huaraz	19 A	M	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90708
	57762489									P	D	R		
										P	D	R		

### En Poblaciones de Riesgo establecidos para esta vacuna

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR)

En el ítem Lab registre: El grupo de riesgo al que pertenece

- En el 1º casillero:
  - **ST** = Trabajador de Salud
  - **AER** = Trabajador de Aeropuertos
  - **TER** = Trabajador de Terrapuertos
  - **FRO** = Población que vive en Fronteras
  - **RSA** = Población que participa eventos masivos en países con circulación endémica de sarampión
  - **OTR** = Otros (Personal que atiende las agencias de viajes, guías turísticos, taxistas y los demás grupos de riesgo)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
16	11044	2	80	Chepén	19 A	M	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión y Rubéola (SR)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ST	90708
	52100762									P	D	R		
										P	D	R		

### Vacunación Anti Hepatitis B (HVB)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Vacunación Anti Hepatitis B (HVB)

En el ítem Lab el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
5	98542	2	80	Ocros	22 A	M	N	N	1. Vacunación anti Hepatitis B (HVB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90744
	36255415									P	D	R		
										P	D	R		

## VACUNACIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, JOVENES Y OTROS GRUPOS

### Vacunación con vacuna dT Adulto en Mujeres NO GESTANTES de 18 a 29 años

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Vacunación Diftotetánica (dT)

En el ítem Lab el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
5	84521	2	80	Chipao	26 A	M	N	N	1. Vacunación Diftotetánica (dT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z2781
	36255415								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

### Vacunación con vacuna dT Adulto en Mujeres GESTANTES de 18 a 29 años

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Vacunación Diftotetánica (dT)

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda
- En el 2º casillero "G" para indicar si es Gestante o "P" para indicar si es Puérpera.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
5	35441	2	80	Copani	28 A	M	N	N	1. Vacunación Diftotetánica (dT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z2781	
	36268544								2.	P	D	R			G
									3.	P	D	R			

### Vacunación con vacuna dT Adulto en Varones en Riesgo de 18 a 29 años

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Vacunación Diftotetánica (dT)

En el ítem Lab anote el número de dosis 1, 2 ó 3... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
5	41354	2	80	Cochas	28 A	M	N	N	1. Vacunación Diftotetánica (dT)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z2781
	41356255								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

En el reporte la desagregación de los vacunados será por grupos de etapas de vida (10 a 11 años, 12 a 17 años, 18 a 29 años, 30 a 59 años y 60 a más años), para esto no es necesaria ninguna especificación adicional en el registro adicional a las descritas en los ejemplos

### Vacunación contra la Influenza en Grupos de Riesgo (Mayores de 10 años)

La NTS N° 080 - MINS/DGSP V.03 también establece que:

#### Personas con comorbilidad (enfermedades crónicas)

Comprende población de: Niños desde los 2 años hasta adultos de 64 años 11 meses 29 días, a los que se administra:

- Niños de 2 a 2 años 11 meses y 29 días: Una dosis de 0,25 cc por vía intramuscular, cara antero lateral externa del muslo con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".

- Niños de 3 años a personas de 64 años: Una dosis de 0.5 cc por vía intramuscular, en el músculo deltoideos con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".

Para estas personas con comorbilidad, se consideran entre las principales:

- Enfermedades respiratorias: Asma, EPOC.
- Enfermedades cardíacas: Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, cardiopatías congénitas.
- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hemato-oncológica)
- Pacientes oncohematológicos y trasplantados
- Estados médicos crónicos: Obesidad mórbida, diabetes, insuficiencia renal."

Para estos casos el registro es el siguiente:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Vacunación contra la Influenza

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
5	9652	2	13	Camaná	29 A	M	N	N	1. Vacunación contra la Influenza	P	<del>D</del>	R		90657
	65241775								2. Insuficiencia Cardíaca, no Especificada	P	D	<del>R</del>		1509
									3.	P	D	R		

## EXAMEN ESTOMATOLÓGICO (D0120)

**Definición Operacional:** Procedimiento clínico que consiste en la evaluación de las estructuras de la Sistema Estomatognático, mediante la inspección, palpación, exploración, percusión y su relación con la salud general, incluye el registro del odontograma, el riesgo de caries y el plan de tratamiento. Se realiza cuando el paciente acude por primera vez, y el segundo examen se registra cuando el paciente que ha culminado su plan de tratamiento por lo tanto se considera paciente con alta básica estomatológica (ABO). Plan de tratamiento según capacidad resolutive del establecimiento y según etapas de vida.

### REGISTRO DE EXAMEN ESTOMATOLÓGICO:

En Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero el examen estomatológico
- En los siguientes casilleros las actividades y procedimientos que se realicen en la atención

En Tipo de diagnóstico marque "D" para los procedimientos

En el campo Lab anote:

- En el 1º casillero 1 ó 2 según corresponda (el examen estomatológico tiene una frecuencia de 02 veces al año)
- En el 3º, 4º y 5º casillero en número de sesión de los procedimientos 1, 2... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
3	65975	1	80	Catacaos	22 A	M	N	<del>M</del>	1. Examen estomatológico	P	<del>D</del>	R	1	D0120
	95268224								2. Instrucción de higiene oral	P	<del>D</del>	R	1	D1330
									3. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	P	<del>D</del>	R	1	D1310
						M	N	N	1. Profilaxis Dental	P	<del>D</del>	R	1	D1110
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		





**En el 2do Examen Odontológico**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D			
26	65975	1	80	Catacaos	21 A	M	N	N	1. Examen estomatológico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	D0120
	95268224						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Instrucción de higiene oral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	D1330
							R	R	3. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	E1310
						M	N	N	1. Profilaxis Dental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	D1110
							C	C	2. Alta Básica Estomatológica (ABO)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U510
							R	R	3.	P	D	R		

**EN LA ATENCIÓN REALIZADA A UNA GESTANTE:**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D			
13	32541	1	80	Ventanilla	26 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.Examen Estomatológico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	D0120
	12458421						C	C	2. Instrucción de higiene oral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	D1330
							R	R	3. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	E1310
						M	N	N	1.	P	D	R	G	
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

**Las siglas "G" y "P" pueden ser registradas en cualquier campo Lab libre, siempre que los primeros estén ocupados**

Podrá registrar si es un paciente de riesgo: para **POBLACIÓN GENERAR SE DEJA EN BLANCO:**

- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia humana
- **TBC:** Tuberculosis
- **HB:** Hepatitis B
- **DBT:** Diabetes mellitus
- **HTA:** Hipertensión Arterial
- **HPT:** Hepatopatías

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D			
26	65975	1	80	Catacaos	25 A	M	N	N	1. Periodontitis Crónica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	HB	K053
	95268224						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Raspado y alisado radicular de uno a tres dientes por cuadrante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		D4342
							R	R	3.	P	D	R		

**Registrar las siglas de Población de Riesgo pueden ser registradas en cualquier campo Lab libre, siempre que los primeros estén ocupados**



## TAMIZAJES LABORATORIAL DETECCIÓN DE ANEMIA

**Descarte de Anemia:** El procedimiento se inicia solicitando el examen de laboratorio con una orden, debiendo registrarse con tipo de diagnóstico "P".

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero el Control Crecimiento y Desarrollo
- En el 2º casillero Tamizaje de Anemia

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero marque "D"
- En el 2º casillero marque "P" (indica que se generó la orden)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT				
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R						
17	41256	2	80	San Martín de Porres	18 A	M	N	N	1. Tamizaje de Anemia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Z017				
	85421471								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### Cuando se cuenta con el resultado

Solo se registrará "Tamizaje de Anemia" con tipo de diagnóstico "D" (definitivo), lo que indica expresamente que se realizó el examen de Laboratorio.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º casillero el diagnóstico derivado del resultado (si es negativo solo se registra el tamizaje)
- En el 2º casillero Tamizaje de Anemia

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" (indica el resultado)

En el ítem: Lab registre:

En el 1º casillero el grado de severidad:

- **LEV** = Leve
- **MOD** = Moderado
- **SEV** = Severo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R					
17	41256	2	80	San Martín de Porres	18 A	M	N	N	1. Anemia por deficiencia de Hierro, sin especificación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOD	D509			
	85421471								<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Tamizaje de Anemia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Z017
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**En los Establecimientos de Salud en los que el examen se realiza directamente en el consultorio (Hemoglobinometro) ya no se registra el tamizaje con "P" solo se registra el resultado (de ser el caso) y el Tamizaje con tipo de diagnóstico "D"**

## IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL (Valoración Clínica de Factores de Riesgo)

**Definición Operacional:** Consulta médica realizada a personas identificadas a partir de una Actividad Preventivo Promocional y que consiste en establecer la valoración clínica de factores de riesgo, en esta consulta se solicitan los exámenes auxiliares para el diagnósticos del daño o la identificación de factores de riesgo.



### En el Examen (Primera Consulta)

Los ítems desde Historia Clínica hasta tipo de diagnóstico se registran de manera normal para una atención individual, de acuerdo a lo establecido para el caso.

En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero Consejería Integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero "DNT" para indicar que la valoración es por Daños No Trasmisibles
- En el 2º casillero el número de consejería

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
10	15212	2	80	Los Olivos	28 A	M	N	M	1. Valoración clínica de factores de riesgo	P	D	R	DNT	Z019
	65552378								2. Consejería integral	P	D	R	1	99401
									3.	P	D	R		

### Segunda Consulta: Para lectura de los exámenes auxiliares

#### Paciente sin Patología:

En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Evaluación y entrega de resultados de diagnóstico
- En el 2º casillero Consejería integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D" para ambos

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero **RN** para indicar resultado negativo
- En el 2º casillero el número de consejería
- En el 3º casillero **DNT** para indicar que la evaluación corresponde a Daños No Trasmisibles

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	18452	2	80	Los Olivos	28 A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultados de diagnóstico	P	D	R	RN	U262
	48610716								2. Consejería integral	P	D	R	2	99401
									3.	P	D	R	DNT	

#### Paciente con Factores de Riesgo o con resultado o medición anormal

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
17	15212	2	80	Los Olivos	28 A	M	N	N	1. Problemas relacionados con el tabaco	P	D	R		Z720
	10070662								2. Problemas relacionados con la dieta	P	D	R		Z724
									3. Consejería integral	P	D	R	1	99401



DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
26	54210	2	80	Amarilis	29 A	M	N	N	1. Problemas relacionados con el alcohol	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z721
	22498817								2. Consejería integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C. / F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
26	13459	2	80	Jesús María	27 A	M	N	N	1. Obesidad	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	E669
	24325678								2. Sedentarismo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z723
									3. Consejería integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401

**Todos los diagnósticos relacionados al estado nutricional de los pacientes deben registrarse indicando el indicador con el cual ha sido evaluado (Índice de Masa Corporal (IMC), Peso Edad (PE), Talla Edad (TE) o Peso Talla (TP))**

### SINTOMÁTICO RESPIRATORIO IDENTIFICADO (S.R.I.)

**Definición Operacional:** Persona que presenta tos y flema por 15 días o más.

**Se pueden presentar dos situaciones para la identificación del S.R., la primera en la que el paciente sea identificado en cualquiera de los consultorios como Sintomático Respiratorio y luego sea remitido al consultorio de la estrategia para el registro y/o la toma de muestra, en este caso el registro en el consultorio que identifica es como sigue:**

En el consultorio donde se identifica SOLO se registra la identificación, de la siguiente manera:

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Sintomático Respiratorio Identificado

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	18547	1	80	San Juan de Miraflores	21 A	M	N	N	1. Sintomático Respiratorio Identificado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U200
	07033940								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

Ya en el consultorio de TBC donde se registra al paciente en el libro de sintomáticos respiratorios y se ordena la toma de muestra, registramos:

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "R"
- En el 2º casillero "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero registre el número de muestra.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	18547	1	80	San Juan de Miraflores	21 A	M	N	N	1. Sintomático Respiratorio	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		U200
	07033940								2. Toma de muestra de diagnostico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2142
									3.	P	D	R		

La segunda situación se da en algunos establecimientos de salud donde por políticas de atención los pacientes identificados como Sintomáticos Respiratorios son inmediatamente remitidos al consultorio de la estrategia TB y solo ahí se registra tanto la identificación como la toma de muestra, esto también es correcto.

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Sintomático Respiratorio
- En el 2º casillero Toma de Muestra de Diagnóstico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "D"
- En el 2º casillero "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero registre el número de muestra.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	18547	1	80	San Juan de Miraflores	21 A	M	N	N	1. Sintomático Respiratorio	P	<del>D</del>	R		U200
	07033940						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Toma de muestra de diagnostico	P	<del>D</del>	R	1	U2142
							R	R	3.	P	D	R		

### Lo que constituye un Sintomático Respiratorio Examinado

#### SINTOMÁTICO RESPIRATORIO EXAMINADO (S.R.E.)

Es el Sintomático Respiratorio Identificado ingresado en el Libro de Registro de S.R y que dispone de al menos un resultado de baciloscopia diagnóstica.

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Sintomático Respiratorio
- En el 2º casillero Toma de Muestra de Diagnóstico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "R"
- En el 2º casillero "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero registre el número de muestra.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	24157	1	80	San Bartolo	26 A	M	N	N	1. Sintomático Respiratorio Identificado	P	D	<del>R</del>		U200
	07145147						<del>C</del>	<del>C</del>	2. Toma de muestra de diagnostico	P	<del>D</del>	R	1	U2142
							R	R	3.	P	D	R		

El ejemplo de registro anterior corresponde a un paciente que ha sido identificado en un momento diferente al de la toma de muestra; si la identificación y la toma de muestra se realizan en el mismo momento tanto Sintomático Respiratorio como Toma de Muestra de Diagnóstico se registran con tipo de diagnóstico "D".

#### SINTOMÁTICO RESPIRATORIO EXAMINADO CON RESULTADO DE BACILOSCOPÍA

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero, según corresponda:
  - TB Pulmonar frotis positivo A150
  - TB Pulmonar frotis negativo y cultivo positivo A162
  - TB Pulmonar frotis negativo y cultivo negativo A160
  - TB Pulmonar sin frotis de esputo A169



- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de Resultados de Bk
- En el 3º casillero Sintomático Respiratorio

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º y 2º casillero "D"
- En el 3º casillero SIEMPRE "R"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero registrenúmero de muestra evaluada 1, 2... según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	24157	1	80	San Bartolo	26 A	M	N	N	1. TB Pulmonar BK ( + )	P	<del>D</del>	R		A150
	07145147								2. Evaluación y Entrega de Resultados de Bk	P	<del>D</del>	R	1	U266
									3. Sintomático Respiratorio	P	D	<del>R</del>		U200

**El Sintomático Respiratorio SOLO se debe registrar con tipo de diagnóstico Definitivo "D" la 1º vez que se identifica y se registra, ya que al hacerlo más de una vez se contabiliza como un Sintomático Respiratorio nuevo.**

Para el registro de los pacientes sintomáticos respiratorios examinado con Bk (-) se deberá tomar en cuenta las siguientes indicaciones:

**Se deberá registrar "A162" (Tuberculosis del Pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica) al paciente que se le ha realizado el procedimiento de seguimiento diagnóstico presentando bacteriología negativa y a quien se decide iniciar tratamiento antituberculosis por otros criterios (clínico, epidemiológico, radiológico, inmunológico, etc.)**

El registro de estos pacientes es como sigue:

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	24157	1	80	San Bartolo	26 A	M	N	N	1. TB Pulmonar BK ( - )	<del>P</del>	D	R		A162
	07145147								2. Evaluación y Entrega de Resultados de Bk	P	<del>D</del>	R	1	U266
									3. Sintomático Respiratorio	P	D	<del>R</del>		U200

**Registrar inicialmente con tipo de diagnóstico "P" (Presuntivo) hasta que se cuente con el resultado del Cultivo, una vez emitido el resultado del cultivo este diagnóstico deberá registrarse con tipo de diagnóstico "D" (Definitivo) colocando el diagnostico CIE10 correspondiente.**

## ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP)

### VISITA FAMILIAR INTEGRAL (99344)

**Definición Operacional:** Actividad de salud dirigida a la persona y/o familia en su domicilio, con el fin de realizar el seguimiento de la usuaria que no acude a recibir los insumos anticonceptivos correspondiente, recoger información a través de la ficha familiar (que servirá como insumo para identificar a las familias que serán intervenidas según sector determinado), ficha de auto diagnóstico y evaluación de las familias.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Asistencia para anticoncepción no especificada
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" para ambas



En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 1, 2... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
6	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Asistencia para anticoncepción no especificada	P	<del>D</del>	R		Z309
	07033136								2. Visita Familiar Integral	P	<del>D</del>	R	1	99344
									3.	P	D	R		

**Todas las Visitas de Seguimiento se registran con el motivo de la visita en el 1º ítem y al final de todas las actividades la Visita Familiar Integral**

### SESIÓN EDUCATIVA (C0009)

**Definición Operacional:** Es la actividad que consiste en capacitar o afianzar los conocimientos sobre un tema específico utilizando la metodología de educación para adultos (técnicas participativas). Tiene un promedio de 15 a 30 participantes y duración entre 01 a 02 horas.

Los ítems: Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, **NO SE REGISTRAN**, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar puede utilizar:

- APP162 Actividades con Jóvenes

En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividad de la Estrategia que realiza la actividad

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en ambos casos

En el ítem: Lab anote el número de participantes en el primer casillero.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
19	APP162	/	/	San Martín de Porres	/	M	N	N	1. Sesión Educativa	P	<del>D</del>	R	18	C0009
									2. Actividades de Planificación Familiar	P	<del>D</del>	R		U0033
									3.	P	D	R		

### SESIÓN DEMOSTRATIVA (C0010)

**Definición Operacional:** Es una actividad educativa con demostración de prácticas saludables que se brinda a los usuarios de manera grupal, que aborda aspectos correspondientes a cada etapa de vida.

Los ítems: Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, **NO SE REGISTRAN**, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar puede utilizar:

- APP162 Actividades con Jóvenes

En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividad de la Estrategia que realiza la actividad

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos casilleros

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la sesión



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	APP162			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<del>D</del>	R	12	C0010
							C	C	2. Actividades de Nutrición	P	<del>D</del>	R		U0012
							F	R	R	3.	P	D	R	