

## VISITAS DOMICILIARIAS

Actividad que se realiza en los hogares, dirigida a madres, padres o cuidadores, que tengan niños y niñas menores de 24 meses, con la finalidad de brindar **consejería** para promover la adopción de prácticas saludables en el cuidado infantil, fortalecer la adherencia a la suplementación o al tratamiento con gotas de hierro.

**Complementa y refuerza las consejerías brindadas en el Servicio de salud, durante las Sesiones Demostrativas.**

Esta actividad es realizada por el Personal de salud, Promotor de Salud o ACTOR SOCIAL (PDS) previamente capacitado según se muestra en las siguientes tablas:

## VISITA DOMICILIARIA (VD) REALIZADO POR PERSONAL DE SALUD

Edad del niño	Periodo	Tipo	Personal de Salud
4 a 5 meses	Dos meses	Preventivo	X
6 a 11 meses	Cinco meses	Terapeutico	X

## PREVENTIVO

Unidad Productora de Servicios UPS:		Atención Salud Familiar y Comunitaria (302101)	
	Nombre del Responsable de la Atención:	El personal de salud debe registrar en este campo su DNI, Nombres y Apellidos	
	Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:	En la 1ra fila: Administración de Suplemento	
		En la 2da fila: VISITA DOMICILIARIA	
	Tipo de Diagnóstico:	Para todas las actividades, marque siempre "D"	
	ITEM Lab:	1er Lab: dejar en blanco cuando se haga la Supervisión del consumo del suplemento; cuando se haga entrega de suplemento se registrará <b>SF</b> o <b>Polimaltosado</b> según corresponda.	
		2do Lab: Se coloca el N° de visita, según suplementación a entregar (1,2,...)	
	Código CIE/CPT:	En la 1ra fila: <b>Z298</b>	
		En la 2da fila: <b>99344</b>	

Visita Domiciliaria por Personal de Salud en Manejo Preventivo, a Niños de 4 y 5 meses que recibe Supervisión en la Administración de Gotas de Hierro

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE EESS (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
								302101					DNI	74252623	Karina Veliz Montañez												
7	8		9	11		13	14	15	16	17	18	19				20	21	22									
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB	SERV	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNOSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT							
			10	12																							
	HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)																	P	D	R				

**NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:** Juan Perez Perez

FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

'05/01	43243200	2	Sapallanga	4	A	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1.	Administración de suplemento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z298
	7777				<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Visita Domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344	
	50				D	F	Pab		Hb		R	R	3.		P	D	R		

**NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:** Juan Perez Perez

FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:        /        /

'05/02	43243200	2	Sapallanga	5	A	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1.	Administración de suplemento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z298
	7777				<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Visita Domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99344	
	50				D	F	Pab		Hb		R	R	3.		P	D	R		

En lo Preventivo, según frecuencia las Visitas Domiciliarias para la adherencia del suplemento administrado son 2, pero el indicador del FED evalúa con al menos 1 visita.

**Nota:** Esta actividad lo puede realizar personal Profesional de la Salud Médico, Enfermera, Obstetra, Nutricionista u otro y Técnicos en Enfermería Capacitados, por tanto esta Actividad debe ser registrado en HIS a través de la UPS de Salud Familiar y Comunitaria: 302101

TERAPEUTICO

Unidad Productora de Servicios UPS:		Atención Salud Familiar y Comunitaria (302101)	
	Nombre del Responsable de la Atención:	El personal de salud debe registrar en este campo su DNI, Nombres y Apellidos	
	Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:	En la 1ra fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin Especificación u otro	
		En la 2da fila: Administración de Hierro Polimaltosado	
		En la 3ra fila: VISITA DOMICILIARIA	
	Tipo de Diagnóstico:	Para diagnóstico de Anemia marque "R", para todas las demás actividades marcar siempre "D".	
	ITEM Lab:	1er Lab: Anemia por deficiencia de hierro (LEV, MOD, SEV, o Vacío)	
		2do Lab: Se deja en blanco cuando se haga la supervisión del consumo del tratamiento	
		3er Lab: Colocar N° de Visita Domiciliaria que le corresponda (1,2,3....)	
	Código CIE/CPT:	En la 1ra fila: D509	
		En la 2da fila: U310	
En la 3ra fila: 99344			

### Tipos de Anemia según CIE10:

<b>D500</b>	Anemia por deficiencia de hierro
<b>D508</b>	Otras Anemias por deficiencia de hierro
<b>D509</b>	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación
<b>D649</b>	Anemia de tipo no especificado

Visita Domiciliaria por Personal de Salud en Manejo Terapeutico - Niños(as) de 6 - 11 meses

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE EESS (IPRESS)					5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			
									302101				DNI	74252623	Paulina Castro Urquiza			
7	8		9	11		13	14	15	16		17	18	19			20	21	22
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTAB	SERV	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			LAB. CÓDIGO CIE / CP		
			10	12														

HISTORIA CLINICA			ETNIA			CENTRO POBLADO (*)						ABDOMINAL			HEMOGLOBINA									P			D			R																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juanita Perez Perez																														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																						
'05/01	43243200			2			Sapallanga			6	A			M			PC			PESO						N			N			1.			Anemia por deficiencia de hierro sin especificación			P			D			<input checked="" type="checkbox"/>			LEV			D509		
	7777										<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			Pab			TALLA						<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			2.			Administración de Hierro Polimaltosado			P			<input checked="" type="checkbox"/>			R						U310		
	50										D			<input checked="" type="checkbox"/>						Hb						R			R			3.			Visita Domiciliaria			P			<input checked="" type="checkbox"/>			R			1			99344		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juanita Perez Perez																														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																						
'05/02	43243200			2			Sapallanga			7	A			M			PC			PESO						N			N			1.			Anemia por deficiencia de hierro sin especificación			P			D			<input checked="" type="checkbox"/>			LEV			D509		
	7777										<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			Pab			TALLA						<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			2.			Administración de Hierro Polimaltosado			P			<input checked="" type="checkbox"/>			R						U310		
	50										D			<input checked="" type="checkbox"/>						Hb						R			R			3.			Visita Domiciliaria			P			<input checked="" type="checkbox"/>			R			2			99344		
AÑO			3			MES			4			NOMBRE DE EESS (IPRESS)										5			UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)										6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
																			302101			DNI			74252623			Paulina Castro Urquiza																								
7			8			9			11			13			14			15			16			17			18			19			20			21			22													
DIA			D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA			ESTAB			SERV			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNOSTICO			LAB.			CÓDIGO CIE / CPT													
			10			12																																														
			HISTORIA CLINICA			ETNIA			CENTRO POBLADO (*)																																											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juanita Perez Perez																														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																						
'05/03	43243200			2			Sapallanga			8	A			M			PC			PESO						N			N			1.			Anemia por deficiencia de hierro sin especificación			P			D			<input checked="" type="checkbox"/>			LEV			D509		
	7777										<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			Pab			TALLA						<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			2.			Administración de Hierro Polimaltosado			P			<input checked="" type="checkbox"/>			R						U310		
	50										D			<input checked="" type="checkbox"/>						Hb						R			R			3.			Visita Domiciliaria			P			<input checked="" type="checkbox"/>			R			3			99344		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juanita Perez Perez																														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																						
'05/04	43243200			2			Sapallanga			9	A			M			PC			PESO						N			N			1.			Anemia por deficiencia de hierro sin especificación			P			D			<input checked="" type="checkbox"/>			LEV			D509		
	7777										<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			Pab			TALLA						<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			2.			Administración de Hierro Polimaltosado			P			<input checked="" type="checkbox"/>			R						U310		
	50										D			<input checked="" type="checkbox"/>						Hb						R			R			3.			Visita Domiciliaria			P			<input checked="" type="checkbox"/>			R			4			99344		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juanita Perez Perez																														FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																						
'05/05	43243200			2			Sapallanga			10	A			M			PC			PESO						N			N			1.			Anemia por deficiencia de hierro sin especificación			P			D			<input checked="" type="checkbox"/>			LEV			D509		
	7777										<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			Pab			TALLA						<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			2.			Administración de Hierro Polimaltosado			P			<input checked="" type="checkbox"/>			R						U310		
	50										D			<input checked="" type="checkbox"/>						Hb						R			R			3.			Visita Domiciliaria			P			<input checked="" type="checkbox"/>			R			5			99344		
En lo Terapéutico, según frecuencia las Visitas Domiciliarias para la adherencia del suplemento administrado son 5, pero el indicador del FED evalua con al menos 1 visita.																																																				
Nota: Esta actividad lo puede realizar personal Profesional de la Salud Médico, Enfermera, Obstetra, u otro y Técnicos en Enfermería Capacitados, por tanto esta Actividad debe ser registrado en HIS a traves de la UPS de Salud Familiar y Comunitaria: 302101																																																				