

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

**Sistema de Información HIS**

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
METAXÉNICAS Y OTRAS TRANSMITIDAS POR  
VECTORES**

**2012**

## **ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y OTRAS TRANSMITIDAS POR VECTORES ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES**

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
U157	Censo de Colaterales	U263	Evaluación y Entrega de Resultados de Muestra de Control
U2142	Toma de Muestra de diagnóstico	U1201	Sesión demostrativa
U2143	Toma de Muestra de Control	U120	Sesión Educativa
U250	Quimioprofilaxis	U124	Capacitación
U3111	Adm. Tratamiento supervisado 1ra. Línea	U122	Taller en Salud
U3112	Adm. Tratamiento supervisado 2da. Línea	U1051	Supervisión Integral
U3113	Adm. Tratamiento supervisado 3ra. Línea	U1052	Asistencia Técnica
U310	Administración de tratamiento supervisado	U153	Visita Familiar Integral
U325	Fracaso al tratamiento/Falla terapéutica al tratamiento	U721	Plan Familiar de Alto Riesgo
U326	Recaída/Recidiva	U722	Plan Familiar de Mediano Riesgo
		U723	Plan Familiar de Bajo Riesgo

### **INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS**

Esta Estrategia desarrolla dos (2) tipos de actividades: las Atenciones de Salud y las Actividades Preventivo Promocionales (APP). El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales.

#### **A. ATENCIÓN DE SALUD**

Los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, pertenencia étnica, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento y servicio (ítems 7 al 16) se registran siguiendo las indicaciones planteadas en el capítulo de Aspectos Generales del presente Documento Técnico.

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 el paciente 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 (03) los diagnósticos y/o actividades los que se van a registrar, continúe en el siguiente registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems día hasta servicio y utilice los siguientes tres (03) ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” para completar el registro de la atención.

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

Cualquier sugerencia por favor remitirla a los correos:

[jjordan@minsa.gob.pe](mailto:jjordan@minsa.gob.pe); [rcruz@minsa.gob.pe](mailto:rcruz@minsa.gob.pe); [pvasquez@minsa.gob.pe](mailto:pvasquez@minsa.gob.pe); [lvalerianoa@minsa.gob.pe](mailto:lvalerianoa@minsa.gob.pe); [mbardalese@minsa.gob.pe](mailto:mbardalese@minsa.gob.pe)

## MALARIA

Código	Diagnóstico / Actividad
R509	Febril
B509	Malaria por Falciparum sin otra especificación
B519	Malaria por P. Vivax sin complicaciones
B529	Malaria por P. Malariae sin complicaciones
B538	Malaria Mixta
Y412	Reacción Adversa a Medicamentos Antiamarílicos
B54X	Malaria no especificado (Malaria diagnosticados clínicamente sin confirmación parasitológica Malaria SAI) Caso Probable

Código	Diagnóstico / Actividad
B54X1	Persona en Riesgo de Transmisión de Malaria
U2161	Aplicación de tira reactiva para diagnóstico
U326	Recaída/Recidiva
U325	Fracaso al tratamiento/Falla terapéutica al tratamiento
U2622	Evaluación y Entrega de Resultados de muestra de diagnóstico por gota gruesa
U2621	Evaluación y Entrega de Resultados del diagnóstico por de Tira Reactiva
U0074	Actividad de Malaria

### FEBRILES SOSPECHOSOS DE MALARIA

**Definición Operacional:** Se considera febril a toda persona con fiebre (temperatura oral y/o axilar mayor de 37.5 °C) en algún momento durante los últimos 15 días, que reside o procede de áreas con riesgo de transmisión de malaria (presencia de Anopheles sp).

Se consideran dos actividades que siempre se van a registrar en forma conjunta: Febril Sospechoso y Toma de muestra para diagnóstico, anote de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero Febril Sospechoso de Malaria
- En el 2º casillero Toma de Muestra para diagnostico

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

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero registre el número de muestra 1

### SI ES EXAMEN CON GOTA GRUESA

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													
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Febril sospechoso de Malaria	P	D	R		R509
	C						C	2. Toma de muestra para Dx.	P	D	R	1	U2142	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

### SI ES EXAMEN CON TIRA REACTIVA

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				
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Febril sospechoso de Malaria	P	D	R		R509
	C						C	2. Aplicación de tira reactiva para Dx.	P	D	R	1	U2161	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

**SI EL FEBRIL ES UN COLATERAL,** anote:

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero registre CE de colateral examinado
- En el 2º casillero registre el número de muestra 1, 2... según corresponda.

D/A	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	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Febril sospechoso de Malaria	P	D	R	CE	R509
	C						C	2. Toma de muestra para Dx.	P	D	R	1	U2142	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

**SI LA PACIENTE ES UNA GESTANTE**, anote:

- En el tercer casillero Lab la letra G si es gestante o la letra P si es puerpera:

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
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Febril sospechoso de Malaria	P	D	R		R509
	C						C	2. Toma de muestra para Dx.	P	D	R	1	U2142	
	R						R	3.	P	D	R	G		
	06252348					F								

**EN LOS CASOS PROBABLES**, anote:

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

- En el 1º casillero el diagnóstico del tipo de Malaria
- En el 2º casillero Toma de Muestra de diagnostico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero "P"

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	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	P	D	R		B54X					
	06252348								2. Toma de muestra para Dx.						P	D	R	1	U2142
									3.										

## CASOS NUEVOS DE MALARIA

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

- En el 1º casillero Malaria con tipo de diagnóstico
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados

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

En el ítem: Lab anote el número de muestra 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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por Falciparum sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B509
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y entrega de resultado de Gota Gruesa de Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2622		
	<input checked="" type="checkbox"/>					R	R	3.	P	D	R			



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Oficina General  
de Estadística e Informática

Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa  
Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades  
Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores

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												
13	24424	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Mixta	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	B538
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y entrega de resultado de Gota Gruesa de Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2622	
	42414756					<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

13	17141	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B519
	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y entrega de resultado de Gota Gruesa de Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2622		
	71458269		<input checked="" type="checkbox"/>			R	R	3.	P	D	R			

### CUANDO EL RESULTADO ES NEGATIVO

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

- En el 1º casillero la evaluación y entrega de resultados de muestra de diagnostico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote el número de muestra 1, 2... según corresponda.

En el campo Lab indique el número de muestra 12, según corresponda:														
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	
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultado de Gota Gruesa de Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2622
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2. Infección de vías urinarias, sitio no especificado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		N390		
	<input checked="" type="checkbox"/>					R	R	3.	P	D	R			

**Si el profesional encuentra una morbilidad distinta al motivo de la muestra o tiene un diagnóstico clínico diferente, registre esta morbilidad (Presuntiva o definitiva).**

### SI EL CASO DE MALARIA CORRESPONDE A UN COLATERAL

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero CE Colateral Examinado

ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIÓN DE SALUD														
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	
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	CE	B519
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y entrega de resultado de Gota Gruesa de Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2622		
	06252348					<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

### SI EL CASO ES UNA GESTANTE, anote:

- En el 3º casillero Lab la letra G si es gestante o P si es puérpera

D/A	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
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B519
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y entrega de resultado de Gota Gruesa de Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2622		
	06252348					<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	G	

## EN LA EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Malaria
- En el 2º casillero la evaluación y entrega de resultados de muestra de diagnostico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero registre el número de muestra 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		R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B509
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y entrega de resultado de Gota Gruesa de Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2622	
	06252348						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

## CUANDO ES ALTA DEL PACIENTE, anote:

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

- En el 1º casillero el tipo de Malaria
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados de muestra control

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero marque “R”
- En el 2º casillero marque “D”

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero registre PA de Paciente de Alta

## EN EL CASO DE MALARIA VIVAX CON DOS EXÁMENES DE CONTROL

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													
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PA	B519
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y entrega de resultado de Gota Gruesa de control	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U2623	
	06252348						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

## EN EL CASO DE MALARIA FALCIPARUM CON TRES EXÁMENES DE CONTROL

EN EL CASO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRILAS EXAMENES DE CONTROL														
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	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por Falciparum sin otra especificación	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PA	B509
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y entrega de resultado de Gota Gruesa de control	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	U2623	
	06252348						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R		

## ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

El registro de esta actividad debe hacerlo el personal de salud que administra y supervisa el tratamiento

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Malaria
- En el 2º casillero Administración de Tratamiento 1º, 2º ó 3º línea

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero marque “R”
- En el 2º casillero marque “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero registre el número de dosis (1, 2, 3, 4, 5.....) según corresponda.

#### ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA VIVAX

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
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	<del>R</del>		B519
	<del>C</del>						<del>C</del>	2. Administración de tratamiento	P	<del>D</del>	R	1	U310	
	R						R	3.	P	D	R			
06252348														

#### EN EL CASO DE MALARIA VIVAX EN GESTANTE, anote:

En el ítem: Lab anote en el 3º casillero la letra “G” de gestante

EN EL CENTRO DE SALUD EN EL DISTRITO DE IQUITOS														
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	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	<del>R</del>		B519
	<del>C</del>						<del>C</del>	2. Administración de tratamiento	P	<del>D</del>	R	1	U310	
	06252348						R	R	3.	P	D	R	G	

#### ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA FALCIPARUM

##### EN LOS PACIENTES DE LA COSTA

Se consideran tres tipos de tratamiento;

- Administración de Tratamiento de 1ra línea U3111
- Administración de Tratamiento de 2da. Línea U3112
- Administración de Tratamiento de 3ra línea U3113

Administración de Tratamiento de Salud															U3111		
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	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por Falciparum sin otra especificación	P	D	R		B509			
	C						C	2. Administración de tratamiento 1º línea	P	D	R	1	U3111				
	06252348						R	R	3.	P	D	R					

#### ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA FALCIPARUM EN GESTANTES

Anote en el 3º casillero: Lab la letra G de gestante

Formulario de Registro de Diagnóstico de Salud														
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
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por Falciparum sin otra especificación	P	D	<del>R</del>		B509
	<del>C</del>						<del>C</del>	2. Administración de tratamiento 3º línea	P	<del>D</del>	R	1	U3113	
	06252348						<del>R</del>	<del>R</del>	3.	P	D	R	G	

### EN LOS PACIENTES DE ZONA AMAZÓNICA

Se consideran dos tipos de Tratamiento

- Administración de Tratamiento de 2da. Línea U3112
- Administración de Tratamiento de 3ra línea U3113

En el ítem Lab: anote en el 1º casillero **AC** de Cepa Amazónica

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	<input checked="" type="checkbox"/>		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por Falciparum sin otra especificación	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	AC	B509
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de tratamiento 2º línea	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U3112	
	06252348						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

### ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA MALARIAE

ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO PARA MALARIA MALARIAL														
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	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria sin complicaciones	P	D	R		B529
									2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310
	06252348											3.	P	D

### ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA MIXTA

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	F		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Mixta	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		B538
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U310	
	06252348						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

**EN EL CASO DE LAS GESTANTES**, se administra semanalmente cloroquina posterior al tratamiento, anote:

- En el 3º casillero la letra G cuando es 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	F		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	F		B519
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	U310	
	06252348						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	G

**EN EL CASO DE LAS PUÉRPERAS SE ADMINISTRA PRIMAQUINA**, anote:

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	P		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	P		B519
									2. Administración de tratamiento	P	D	R	5	U310
	06252348									3.	P	D	R	P



**EN LAS MUESTRA DE CONTROL** se hará de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Malaria
- En el 2º casillero la toma de muestra de control

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque

- En el 1º casillero marque “R”
- En el 2º casillero marque “D”

En el ítem: Lab, anote

- En el 2º casillero registre el número de la muestra (1, 2, 3, ...) según corresponda.

En el caso de menores registre el número de la muestra (1, 2, 3, n) 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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	R		B519
									2. Toma de muestra de control	P	D	R	1	U2143
	06252348												3.	P

## CASOS DE RECIDIVA

**Definición Operacional:** Se considera como recidiva a la persistencia o aparición de síntomas clínicos de malaria y/o hallazgos parasitológicos en un paciente, por falla terapéutica al tratamiento, luego de 30 días de haberse administrado tratamiento completo y supervisado.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Malaria
- En el 2º casillero evaluación y resultados de muestra de control
- En el 3º casillero el falla al tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero marque “R”
- En el 2º Y 3º casillero marque “D”

EN EL 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2013														
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	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por Falciparum sin otra especificación	P	D	R		B509
	06252348			C		C	2. Evaluación y entrega resultado de gota gruesa de control	P	D	R	3	U263		
				R		R	3. Recidiva	P	D	R		U326		

## CASOS DE REINFECCIÓN

**Definición Operacional:** Se considera como reinfección a la presencia de síntomas clínicos y/o hallazgos parasitológicos de infección por malaria en un individuo después de los 30 ó más días de haber culminado el tratamiento antimalárico y de haber obtenido categoría de egreso como curado en el estudio de cohorte de tratamiento. Estos pacientes se notificarán como casos nuevos en la vigilancia epidemiológica y en el informe operacional mensual.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico tipo de Malaria
- En el 2º casillero a evaluación y entrega de resultados

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la sigla “R” de Reinfección

- En el 2º casillero el número de la muestra (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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por Falciparum sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	B509
	06252348		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2. Evaluación y entrega resultados BK	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U266			
			<input checked="" type="checkbox"/>	R		R	3.	P	D	R				

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**Definición Operacional:** actividad que se realiza en el ingreso y al final del tratamiento del paciente, en esta actividad se hace el censo de los colaterales. Se registra de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero el diagnóstico del tipo de Malaria
- En el 2º casillero Atención de enfermería

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero registre (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			
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		B519
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención de enfermería	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U148	
	06252348						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

## CENSO DE COLATERALES

Use un registro para cada colateral y registre de la siguiente manera:

En los ítems establecimiento y servicio marque "C"

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Malaria no especificada
- En el 2º casillero Colateral censado

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

## CUANDO SE HACE EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		B54X
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	2. Censo de colateral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U157		
	<input checked="" type="checkbox"/>					R	R	3.	P	D	R			

## CUANDO SE HACE EN EL DOMICILIO

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero AE de actividad extramural

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	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	P	D	R	AE	B54X
	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Censo de colateral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U157	
	06252348					<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

## EN EL COLATERAL EXAMINADO

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

En el ítem: Lab anote **CE** colateral

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													
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	CE	B54X
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	R						R	3.	P	D	R			
	06252348					<input checked="" type="checkbox"/>								

## QUIMIOPROFILAXIS

Tratamiento profiláctico que se suministra a las gestantes personal de salud y personal militar.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Malaria
- En el 2º casillero Quimioprofilaxis

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque

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

En el ítem: Lab anote;

- En el 2º casillero el número de dosis (1, 2) según corresponda.
- En el 3º casillero la letra **"G"** cuando es **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	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	R		B519
	06252348			C		C	2. Quimioprofilaxis para Malaria	P	D	R	1	U250		
				R		R	3.	P	D	R	G			

- "ST"** cuando es el Trabajador de Salud

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	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		B54X
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Quimioprofilaxis para Malaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U250	
	06252348						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	ST	

- “M” cuando es el Personal Militar

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Malaria no especificada	P	D	R		B54X
	C						C	2. Quimioprofilaxis para Malaria	P	D	R	1	U250	
	06252348								F	R	R	3.	P	D

## REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIAMARÍLICOS

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

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva la reacción adversa
- En el 2º casillero la reacción adversa

EN CIE - Situación de Reacción adversa														
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
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Vómito	P	D	R		R11X
			C	C		2. Reacción adversa droga antipalúdica	P	D	R		Y412			
	06252348			R		R	3.	P	D	R				

## FIEBRE AMARILLA

Código	Diagnóstico / Actividad
A950	Fiebre Amarilla Selvática
A9501	Fiebre Amarilla Selvática Fase Moderada
A9502	Fiebre Amarilla Selvática Fase Tóxica
A951	Fiebre Amarilla Urbana
A959	Fiebre Amarilla no Especificada
U2628	Evaluación y entrega de resultado de diagnóstico de Fiebre Amarilla
U0091	Actividades de Fiebre Amarilla

## LOCALIZACIÓN DE CASOS

EN LA CONSULTA EXTERNA, anote:

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

- En el 1º casillero el tipo de Fiebre Amarilla
- En el 2º casillero Toma de Muestra de diagnóstico

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque:

- En el 1º casillero “P”
- En el 2º casillero “D”

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero registre el número de muestra 1

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
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla no especificada	P	D	R		A959
	C						C	2. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142	
	06252348								F	R	R	3.	P	D

## EN LA COMUNIDAD, anote:

En el ítem: establecimiento y servicio: marque “X” en “C”

En el ítem: Lab anote: **AE** de Actividad Extramural

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	1192	1	80	Iquitos	25A	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Fiebre amarilla no especificada	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	AE	A959
	<input checked="" type="checkbox"/> E					<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2.	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R			
	<input checked="" type="checkbox"/> F					<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	3.	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R			
06252348														

## EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

### SI EL RESULTADO ES POSITIVO

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

- En el 1º casillero el tipo de Fiebre Amarilla
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados

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

En el ítem: Lab anote:

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

En el 2° casillero el número de la muestra 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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Fiebre amarilla selvática	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		A959
	<input checked="" type="checkbox"/> E					<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Evaluación y Entrega de resultado Dx. De fiebre amarilla	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	U2628		
	06252348					<input checked="" type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

### SI EL RESULTADO ES NEGATIVO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote evaluación de resultados de diagnóstico de Fiebre Amarilla

FIEBRE AMARILLA														
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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Evaluación y Entrega de resultado Dx. de fiebre amarilla	P	D	R	1	U2628
	C					C	C	2.	P	D	R			
	06252348								3.	P	D	R		

**EN LOS CASOS PROBABLES**, para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico de Fiebre Amarilla
- En el 2º casillero Toma de Muestra de diagnóstico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque en el 1º casillero “D”

En el caso: Tipo de diagnóstico marque en el 1° casillero "D"													
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	
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla no especificada	P	D	R	A959
	C					C	C	2. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142
	06252348								F	R	R	3.	P

## ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Fiebre Amarilla
- En el 2º casillero la Administración de tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque “R”
- En el 2º y 3º casillero marque “D”

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero el número de tratamiento (1, 2, 3...) según corresponda

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
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla selvática	P	D	R		A959
	06252348					C	C	C	2. Administración de tratamiento (soporte)	P	D	R	1	U310
						F	R	R	3.	P	D	R		

## ALTA DEL PACIENTE, anote:

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

- En el 1º casillero el tipo de Fiebre Amarilla

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero marque “R”

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero registre PA de Paciente de Alta

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
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla selvática	P	D	R	PA	A959
	06252348					C	C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

## DENGUE

Código	Diagnóstico / Actividad
A90X	Dengue clásico
A91X	Dengue Hemorrágico
A94X	Fiebre Viral no especificada
A99X	Fiebre Viral hemorrágica no especificada
U2625	Evaluación y Entrega de Resultados de Dengue
U0089	Actividades de Dengue

## FEBRIL IDENTIFICADO DE DENGUE

Anote:

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

- En el 1º casillero el tipo de Dengue
- En el 2º casillero Toma de Muestra de diagnóstico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero “P”
- En el 2º casillero “D”

En el ítem: Lab anote

- En el 2º casillero registre el número de muestra 1

#### DENGUE CLÁSICO

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue clásico	P	D	R		A90X
						C	C	2. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142	
	06252348					F	P	R	3.	P	D	R		

#### DENGUE HEMORRÁGICO

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	1192	1	80	Iquitos	25A	<div>M</div>	<div>N</div>	<div>N</div>	1. Dengue hemorrágico	<div>P</div>	<div>D</div>	<div>R</div>		A91X
	<div>C</div>						<div>C</div>	2. Toma de muestra de Dx.	<div>P</div>	<div>D</div>	<div>R</div>	1	U2142	
	<div>R</div>						<div>R</div>	3.	<div>P</div>	<div>D</div>	<div>R</div>			

#### CASOS PROBABLES DE DENGUE CLÁSICO CON MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue hemorrágico	P	D	R		A91X
	C						C	2. Fiebre viral con manifestaciones hemorrágicas	P	D	R		A99X	
	R						R	3. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142	
	06252348					F								

#### EN LOS CASOS CONFIRMADOS

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

- En el 1º casillero el tipo de Dengue
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados

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

En el ítem: Lab anote:

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

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
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue clásico	P	D	R		A90X
	C						C	2. Evaluación y entrega de resultado de dengue	P	D	R	1	U2625	
	06252348							F	R	R	3.	P	D	R

### SI EL RESULTADO ES NEGATIVO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote evaluación de resultados de diagnóstico de Dengue

D/A	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	1192	1	80	Iquitos	25A	<div>M</div>	<div>N</div>	<div>N</div>	1. Evaluación y entrega de resultado de dengue	P	<div>D</div>	R	1	U2625
									P	D	R			
	06252348									P	D	R		

### SI LA ATENCIÓN SE DA A UNA GESTANTE O PUÉRPERA

En el ítem: Lab anote

- En el 3º la letra G si es gestante o la letra P si es puérpera

### ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Dengue
- En el 2º casillero la Administración de tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero el número de tratamiento (1, 2, 3...) según corresponda

En el día _____ de _____ del año _____, el/los paciente/s (P) _____ y/o el/los acompañante/s (A) _____, se presentó/n al Centro de Salud _____, para ser atendido/s.														
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
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue [clásico]	P	D	F		A90X
						C	C	2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310	
	06252348					F	R	R	3.	P	D	R		

### CUANDO EL CASO DE DENGUE HEMORRÁGICO ES DERIVADO AL HOSPITAL

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Dengue Hemorrágico
- En el 2º casillero Derivado

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero marque "R"
- En el 2º casillero 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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	<div>M</div> <div>F</div>	N	N	1. Dengue clásico	P	D	R		A90X
	C						C	2. Derivado	P	D	R		U328	
	R						R	3.	P	D	R			





## BARTONELOSIS

Código	Diagnóstico / Actividad
A440	Bartonelosis Aguda o Hemática
A441	Bartonelosis Crónica o Verrucosa
A4482	Bartonelosis Grave y complicada
A449	Bartonelosis sin especificación
R509	Febil
U2142	Toma de Muestra de diagnóstico

Código	Diagnóstico / Actividad
U325	Fracaso al tratamiento
U2627	Evaluación y entrega de muestra de diagnóstico de Bartonelosis
Y4183	Reacción Adversa medicamentos anti Bartonelosis
U0090	Actividades de Bartonelosis

### EN LA LOCALIZACIÓN DE CASOS

Considerar:

#### FEBRIL

**Definición Operacional:** Persona con sensación de alza térmica o la presencia de uno o más episodios febriles dentro de los últimos 14 días, sin la evidencia de un foco infeccioso al examen clínico, hallándose una temperatura corporal por encima de lo esperado: Tº oral > de 37.5 ºC; Tº axilar > de 37.2 ºC; Tº rectal > 38 ºC

Anote de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero el tipo de Bartonelosis
- En el 2º casillero Febril
- En el 3º casillero la toma de muestra de diagnóstico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º y 3º casillero "D"

En el ítem: Lab anote

- En el 3º casillero registre el número de muestra (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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis sin especificación	P	D	R		A449
	06252348			C		C	2. Febril	P	D	R		R509		
				F		R	R	3. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142	

SI ES UN COLATERAL, anote:

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero CE de contacto examinado

EN CPT 1 - Códigos de diagnóstico de enfermedades														
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	1192	1	80	Iquitos	27A	M	N	N	1. Bartonelosis sin especificación	P	D	R	CE	A449
	C					C	2. Febril	P	D	R		R509		
	F					R	R	3. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142	
	06252348													

**SI EL CASO ES UNA GESTANTE, ANOTE EN EL CASILLERO LIBRE LA LETRA G SI ES 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	R		
13	1192	1	80	Iquitos	24A	M	N	N	1. Bartonelosis no especificada	P	D	R	G	A449
	E						C	2. Febril	P	D	R		R509	
	R						R	3. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142	

**CASOS CONFIRMADOS CON BARTONELOSIS AGUDA Y CRÓNICA VERRUCOSA**

Pacientes con confirmación bacteriológica de la *Bartonella bacilliformis* mediante examen de frotis, hemocultivo, serología o Reacción en Cadena de Polimerasa.

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

- En el 1º casillero el tipo de Bartonelosis
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados

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

En el ítem: Lab anote

- En el 2º casillero registre el número de muestra evaluada (1, 2...) según corresponda

En el registro se registra el número de muestra otorgada (1, 2, 3), según corresponda														
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
13	1192	1	80	Iquitos	35A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	C						C	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R	1	U2627	
	06252348								F	R	R	3.	P	D

13	1192	1	80	Iquitos	27A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	P	D	R		A441
	C					C	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R	1	U2627		
	F					R	R	3.	P	D	R			

13	1192	1	80	Iquitos	21A	M	N	N	1. Bartonelosis grave o complicada	P	D	R		A4482
	E					C	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R	1	U2627		
	F					R	R	3.	P	D	R			

**SI EL CASO DE BARTONELOSIS ES UN COLATERAL, anote:**

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **CE** Colateral Examinado

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													
13	1192	1	80	Iquitos	29A	<div>M</div>	<div>N</div>	<div>N</div>	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	<div>D</div>	R	CE	A440
	<div>C</div>						<div>C</div>	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	<div>D</div>	R	1	U2627	
	06252348									<div>R</div>	<div>R</div>	3.	P	<div>D</div>



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Oficina General  
de Estadística e Informática

Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa  
Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades  
Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores

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
13	11928	1	80	Iquitos	32A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	CE	A441
	52340628					C	C	C	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2627
						F	R	R	3.	P	D	R		

**SI EL CASO ES UNA GESTANTE**, anote:

- En el 3º casillero Lab la letra G si es gestante:

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
13	10192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A440
	03462528					C	C	C	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2627
						F	R	R	3.	P	D	R	G	

**CUANDO EL RESULTADO DE LA MUESTRA ES NEGATIVO Y NO ES CASO PROBABLE**

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

- En el 1º casillero la evaluación y entrega de resultados

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
13	11992	1	80	Iquitos	28A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U2627
	06252348					C	C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

**SI EL CASO DE COLATERAL Y/O GESTANTE**, anote:

En el ítem: Lab anote CE Colateral Examinado o la letra G si es gestante:

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
13	81192	1	80	Iquitos	26A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	CE	U2627
	48062523					C	C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

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
13	11592	1	80	Iquitos	21A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	G	U2627
	02562348					C	C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

## CASOS PROBABLES

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

- En el 1º casillero el tipo de Bartonelosis
- En el 2º casillero Toma de muestra de diagnóstico

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de muestra (1, 2, ...) según corresponda

EN EL CASERO, CUMPLE EL NÚMERO DE MUESTRA (1, 2, 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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	E					C	C	2. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142	
	06252348					F	R	R	3.	P	D	R		

13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	P	D	R		A441
	C					C	2. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142		
	F					R	R	3.	P	D	R			

## ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

En esta actividad hay una serie de consideraciones para diferenciar los diferentes tipos de tratamiento.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Bartonelosis
- En el 2º casillero la Administración de tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero marque “R”
- En el 2º y 3º casillero marque “D”

En el ítem: Lab anote

- En el 2º casillero el número de dosis (1, 2, 3,.....) según corresponda

### TRATAMIENTO DE BARTONELOSIS AGUDA O HEMÁTICA NO COMPLICADA: 1RA. LÍNEA

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	<del>C</del>					<del>C</del>	2. Administración tratamiento 1° línea	P	<del>D</del>	R	1	U3111		
	06252348					<del>F</del>	R	R	3.	P	D	R		

### TRATAMIENTO DE BARTONELOSIS AGUDA O HEMÁTICA NO COMPLICADA: 2DA. LÍNEA

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
						C	C	2. Administración tratamiento 2° línea	P	D	R	1	U3112	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

**CUANDO ES EN LA GESTANTE: ANOTE "G" EN EL ÚLTIMO CASILLERO LAB LIBRE**

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	<input checked="" type="checkbox"/>		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		A440
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración tratamiento 1° línea	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U3112	
	06252348						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	G

**TRATAMIENTO DE BARTONELOSIS AGUDA GRAVE COMPLICADA 1RA. LÍNEA**

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	<input checked="" type="checkbox"/>		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda grave complicada	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		A4482
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración tratamiento 1° línea	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U3111	
	06252348						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

**CUANDO ES EN LA GESTANTE: ANOTE "G" EN EL ÚLTIMO CASILLERO LAB LIBRE**

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda grave complicada	P	D	R		A4482
	C						C	2. Administración tratamiento 1° línea	P	R	R	1	U3111	
	R						R	3.	P	D	R	G		
	06252348													

**TRATAMIENTO DE BARTONELOSIS AGUDA GRAVE COMPLICADA 2DA. LÍNEA**

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	F		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda grave complicada	P	D	F		A4482
									2. Administración tratamiento 2° línea	P	D	R	1	U3112
	06252348									R	R	3.	P	D

**CUANDO ES EN LA GESTANTE: ANOTE "G" EN EL ÚLTIMO CASILLERO LAB LIBRE**

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda grave complicada	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		A4482
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración tratamiento 2° línea	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U3112	
	06252348						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	G	

### TRATAMIENTO DE BARTONELOSIS CRÓNICA VERRUCOSA: 1RA. LÍNEA

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	F		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	P	D	F		A441
									2. Administración tratamiento 1° línea	P	D	R	1	U3111
	06252348									3.	P	D	R	

### CUANDO ES EN LA GESTANTE: ANOTE "G" EN EL ÚLTIMO CASILLERO LAB LIBRE

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		A441
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración tratamiento 1° línea	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U3111	
	06252348						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	G	

### TRATAMIENTO DE BARTONELOSIS CRÓNICA VERRUCOSA: 2DA. LÍNEA

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	F		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	P	D	F		A441
									2. Administración tratamiento 2° línea	P	D	R	1	U3112
	06252348									R	R	3.	P	D

### CUANDO ES EN LA GESTANTE: ANOTE "G" EN EL ÚLTIMO CASILLERO LAB LIBRE

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		A441
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración tratamiento 2° línea	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U3112	
	06252348						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	G	

### CENSO DE COLATERALES

Use un registro para cada colateral y registre de la siguiente manera:

En los ítems establecimiento y servicio marque "C"

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

- En el 1° casillero el tipo de Bartonelosis
- En el 2° casillero Colateral censado

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1° casillero marque "P"
- En el 2° casillero marque "D"

### CUANDO SE HACE EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A440
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Censo de colateral	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		U157	
	<input checked="" type="checkbox"/>						R	R	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### CUANDO SE HACE EN EL DOMICILIO

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **AE** de actividad extramural

EN CIE - Códigos VII de Actividad Extraordinaria														
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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AE	A440
	06252348		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2. Censo de colateral	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		U157			
			<input checked="" type="checkbox"/>	R		R	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

### EN EL COLATERAL EXAMINADO

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

- En el 1º casillero el tipo de Bartonelosis

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero marque "P"

En el ítem: Lab anote CE colateral examinado

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis asintomática	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	CE	A449
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	R						R	3.	P	D	R			
	06252348					<input checked="" type="checkbox"/>								

### REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIBARTONELOSICOS

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

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva la reacción adversa
- En el 2º casillero la reacción adversa

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									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Ictericia	P	<input type="checkbox"/>	R		R17X						
	2. RAM Antibartonelosis								P	<input type="checkbox"/>	R		Y4183							
	3.								P	D	R									
06252348																				

## FRACASO AL TRATAMIENTO ANTIBARTONELOSICO

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

- En el 1º casillero el tipo de Bartonelosis

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero marque “R”
- En el 2º casillero marque “D”

### EN EL TRATAMIENTO DE 1RA. LÍNEA, ANOTE EN EL ÍTEM LAB. EL NÚMERO 1

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	C						C	2. Fracaso al tratamiento	P	D	R	1	U325	
	R						R	3.	P	D	R			
	06252348													

### EN EL TRATAMIENTO DE 2DA. LÍNEA, ANOTE EN EL ÍTEM LAB. EL NÚMERO 2

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
						C	C	2. Fracaso al tratamiento	P	D	R	2	U325	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

## LEISHMANIASIS

Código	Diagnóstico / Actividad
B551	Leishmaniasis Cutánea
B552	Leishmaniasis muco cutánea o Espundia
B550	Leishmaniasis Visceral
B559	Leishmaniasis no especificada
Y4182	Reacción Adversa a Medicamentos antileishmaniasicos
U325	Fracaso al tratamiento
U2624	Evaluación y entrega de resultados de diagnóstico de Leishmaniasis
U0093	Actividades de Leishmaniasis

## TOMA DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

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

- En el 1º casillero el tipo de Leishmaniasis
- En el 2º casillero Toma de Muestra de diagnostico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero “P”
- En el 2º casillero “D”

En el ítem: Lab anote

- En el 2º casillero registre el número de muestra 1



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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R		B551
	06252348			C			C	2. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142	
				R			R	3.	P	D	R			

## EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

### SI EL RESULTADO ES POSITIVO

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

- En el 1º casillero el tipo de Leishmaniasis
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados de acuerdo al tipo de examen

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

En el ítem: Lab, anote

- En el 2º casillero el número de la muestra 1, 2...

### SI ES CONFIRMADO POR EXAMEN SEROLÓGICO, anote:

En el ítem: Código **U2624**

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
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R		B552
	C						C	2. Evaluación y Entrega de Resultado de Leishmaniasis	P	D	R	1	U2624	
	06252348									R	R	3.	P	D

### SI ES CONFIRMADO POR FROTIS (GOTA GRUESA), anote:

En el ítem: Código **U2622**

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R		B552							
	06252348								2. Evaluación y Entrega de Resultado de Gota Gruesa	P	D	R	1	U2622							
									3.	P	D	R									

### SI ES CONFIRMADO POR CULTIVO, anote:

En el ítem: Código **Z111**

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R		B552
	06252348								2. Evaluación de resultado de cultivo	P	D	R	1	Z111
									3.	P	D	R		

**SI ES CONFIRMADO POR BIOPSIA, anote:**

En el ítem: Código **U2613**

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	1192	1	80	Iquitos	25A	<div>M</div>	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	<div>D</div>	R		B552
	<div>C</div>						<div>C</div>	2. Evaluación de resultado de biopsia	P	<div>D</div>	R	1	U2613	
	06252348								F	R	R	3.	P	D

**SI EL RESULTADO ES NEGATIVO**

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote evaluación de resultados de diagnóstico de Leishmaniasis

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	1192	1	80	Iquitos	25A	<div>M</div>	N	N	2. Evaluación de resultado de Dx. De Leishmaniasis	P	<div>D</div>	R	1	U2624
	<div>C</div>						<div>C</div>	2.	P	D	R			
	06252348					F	R	R	3.	P	D	R		

**ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO**

Considerar para:

- Leishmaniasis Cutánea 20 dosis
- Leishmaniasis Muco cutánea 30 dosis

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Leishmaniasis
- En el 2º casillero la administración de tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero el número de dosis (1, 2, 3,.....)

**EN LA LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA: 1º CICLO**

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	F		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	<div>M</div>	N	N	1. Leishmaniasis Mucocutánea	P	D	<div>F</div>		B552
	<div>C</div>						<div>C</div>	2. Administración de tratamiento	P	<div>D</div>	R	1	U310	
	06252348								F	R	R	3.	P	D

### EN LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA: 1º CICLO

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R		B551
	06252348						2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310		
								3.	P	D	R			

### EN LA LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA/CUTÁNEA: 2º CICLO (EN FALTA DE RESPUESTA AL 1º CICLO DE TRATAMIENTO)

EN LEISHMANIASIS VISCERAL Y CUTÁNEA, 1. CICLO (EN PRELIMINAR DE RESPUESTA AL 1. CICLO DE TRATAMIENTO)														
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	1192	1	80	Iquitos	25A	<div>M</div>	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	<div>R</div>		B551
	<div>C</div>						<div>C</div>	2. Administración de tratamiento	P	<div>D</div>	R	1	U3131	
	06252348						<div>R</div>	<div>R</div>	3.	P	D	R		

13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R		B552
	C					C	2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U3131		
	F					R	R	3.	P	D	R			

### EN LA LEISHMANIASIS MUCO CUTÁNEA/CUTÁNEA: 2DA LÍNEA (EN LA FALTA DE RESPUESTA A LAS SALES ANTIMONIALES)

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	1192	1	80	Iquitos	25A	<div>M</div>	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	<div>R</div>		B551
	C						C	2. Administración de tratamiento 2º fase	P	<div>D</div>	R	1	U3132	
	06252348													

13	1192	1	80	Iquitos	25A	<div>M</div>	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	<div>R</div>		B552
	06252348						<div>C</div>	<div>C</div>	2. Administración de tratamiento 2º fase	P	<div>D</div>	R	1	U3132
							<div>F</div>	R	R	3.	P	D	R	

### REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTILEISHMANIASIS

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

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva la reacción adversa
- En el 2º casillero la reacción adversa

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Erupción cutánea generalizada (Rash)	P	D	R	L270
	C						C	2. RAM Antileshmaniasis	P	D	R	Y4182	
	06252348									R	R	3.	P

## ENFERMEDAD DE CHAGAS

Código	Diagnóstico / Actividad
B571	Enfermedad de Chagas aguda
B572	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al corazón
B5721	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al corazón Incipiente
B5722	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al corazón Sintomático
B573	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al sistema digestivo
B5731	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al sistema digestivo Incipiente

Código	Diagnóstico / Actividad
B5732	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al sistema digestivo Sintomático
B574	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al sistema nervioso
B575	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta otros órganos
B576	Enfermedad de Chagas congénito
B759	Enfermedad de Chagas (crónica) Indeterminado
U2629	Evaluación y entrega de resultados de chagas
Y4181	Reacción Adversa a medicamentos antichagásicos
U0092	Actividades de Chagas

### LOCALIZACIÓN DE CASO

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

- En el 1º casillero enfermedad de Chagas
- En el 2º casillero Toma de Muestra de diagnostico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem: Lab anote

- En el 2º casillero registre el número de muestra 1

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571
	C						C	2. Toma de muestra para Dx.	P	D	R	1	U2142	
	06252348													
						F	R	R	3.	P	D	R		

### EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

#### SI EL RESULTADO ES POSITIVO

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Chagas
- En el 2º casillero evaluación y entrega de resultados de acuerdo al tipo de examen

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de la muestra (1, 2...)

Si es confirmado por examen serológico, anote

En el ítem: Código **U2629**

ENCUESTA SCAJE 2023													
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
13	1192	1	80	Iquitos	25A	<div>M</div>	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	<div>D</div>	R	B571
	<div>C</div>					<div>C</div>	2. Evaluación y resultados Dx. De chagas	P	<div>D</div>	R	1	U2629	
	<div>R</div>					<div>R</div>	3.	P	<div>D</div>	R			

### SI ES CONFIRMADO POR INMUNODIAGNÓSTICO

En el ítem: Código **Z018**

En el item: Código 2018													
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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	B571
	C						C	2. Otros exámenes especiales especificados	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z018
	06252348												
						F	R	R	3.	P	D	R	

### SI ES CONFIRMADO POR EXAMEN PARASICOLÓGICO (G. FRESCA, CONCENTRACIÓN, HEMOCULTIVO, SERODIAGNÓSTICO)

En el ítem: Código **Z119**

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												
13	1192	1	80	Iquitos	25A	<div>M</div> <div>F</div>	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	<div>D</div>	R	B571
	C						C	2. Evaluación y resultados examen parasitológico	P	<div>D</div>	R	1	Z119
	06252348								3.	P	D	R	

### SI EL RESULTADO ES NEGATIVO

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

- En el 1º casillero evaluación y entrega de resultados muestra de diagnóstico de Chagas

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote: el número de la muestra 1

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	1192	1	80	Iquitos	25A	<div>M</div>	N	N	1 Evaluación y resultados Dx. De chagas	P	<div>D</div>	R	1	U2629
	C						C	2.	P	D	R			
	R						R	3.	P	D	R			
	06252348					F								

### ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

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

- En el 1º casillero el diagnóstico correspondiente a Chagas
- En el 2º casillero la administración de tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem: Lab anote

- En el 2º casillero el número de tratamiento 1, 2, 3... según corresponda

### EN EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571
	C					C	C	2. Administración tratamiento 1° línea	P	D	R	1	U310	
	06252348					F	R	R	3.	P	D	R		

### EN EL TRATAMIENTO ETIOLÓGICO

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	1192	1	80	Iquitos	25A	<div>M</div> <div>F</div>	<div>N</div>	<div>N</div>	1. Enfermedad Chagas aguda	<div>P</div>	<div>D</div>	<div>F</div>		B571
	<div>C</div>						<div>C</div>	2. Administración tratamiento	<div>P</div>	<div>D</div>	<div>R</div>	1	U310	
	<div>R</div>						<div>R</div>	3.	<div>P</div>	<div>D</div>	<div>R</div>			

**El tratamiento con tripanosomicidas está contraindicado en gestantes.**

### EN EL TRATAMIENTO DE CHAGAS CONGÉNITO

EN EL MOMENTO DE EMITIR EL CERTIFICADO															
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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas congénito	P	D	R		B576	
	06252348							C	C	2. Administración tratamiento	P	D	R	1	U310
								F	R	R	3.	P	D	R	

### EN EL TRATAMIENTO DE CHAGAS CRÓNICO INDETERMINADO

D/A	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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas crónico indeterminado	P	D	R		B575
	C					C	2. Administración tratamiento	P	D	R	1	U310		
	06252348					F	R	R	3.	P	D	R		

### EN LA TOMA DE MUESTRA DE CONTROL

Considerar lo siguiente:

- Con exámenes bioquímicos 3 y/o dependiendo del estado del paciente
- Con exámenes Parasitológicos 2 al 1º Y 3º Mes del tratamiento.
- Con Exámenes Serológico 3, al 1º 2º Y 3º año después del tratamiento.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Chagas
- En el 2º casillero Toma de muestra de control

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 el número de la muestra 1, 2... según corresponda

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
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571
	06252348					C	C	C	2. Toma de muestra de control	P	D	R	1	U2143
						F	R	R	3.	P	D	R		

**Los casos de Chagas Agudo estarán sujetos a 04 controles de tipo parasitológico y serológico con una frecuencia Trimestral luego de concluido el tratamiento a fin de evaluar la categoría de egreso 12 meses luego de finalizado éste.**

## REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO ANTICHAGÁSICO

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

- En el 1º casillero el signo o síntoma que motiva la reacción adversa
- En el 2º casillero la reacción adversa

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
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Anorexia	P	D	R		R630
	06252348					C	C	C	2. RAM Antichagásico	P	D	R		Y4181
						F	R	R	3.	P	D	R		

## ABANDONOS RECUPERADOS

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Chagas
- En el 2º casillero abandono recuperado

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

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
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571
	06252348					C	C	C	2. Abandono recuperado	P	D	R		U324
						F	R	R	3.	P	D	R		

## CASO CURADO

**Definición Operacional:** Es el paciente ha recibido tratamiento tripanosomicida supervisado, completo y los exámenes de Lab efectuados durante el seguimiento, evidencian ausencia de parásitos y serología negativa **12 meses luego de finalizado el tratamiento.**

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Chagas
- En el 2º casillero evaluación de muestra de control

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero "PA" de paciente de alta.
- En el 2º casillero el número de muestra

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
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R	PA	B571	
	C					C	2. Evaluación resultado muestra de control	P	D	R	5	U263			
	F					R	R	3.	P	D	R				
		06252348													

## RESISTENCIA (FRACASO DE TRATAMIENTO)

**Definición Operacional:** La resistencia terapéutica a tripanosomicidas se define como; la persistencia o reaparición de serología positiva y /o una prueba parasitológica positiva a infección por T. cruzi, durante el período de seguimiento y control del caso.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Chagas
- En el 2º casillero evaluación de muestra de control
- En el 3º casillero fracaso al tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de muestra

En el 2° columna 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													
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571
	C					C	2. Evaluación resultado muestra de control	P	D	R	1	U263		
	06252348					F	R	R	3. Fracaso de tratamiento	P	D	R		U325

## TAMIZAJE SEROLÓGICO A NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS, anote:

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica anote APP108 que es código de comunidad

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

- En el 1º casillero Tamizaje Serológico
- En el 2º casillero Actividades de Chagas

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab, anote el número de niños tamizados

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		
08	APP108			Tumbes		M	N	N	1. Tamizaje Serológico	P	D	R	22	U218
	C						C	2. Actividades de Chagas	P	D	R		U0092	
	R						R	3.	P	D	R			



**CUANDO ES EN GESTANTE, anote:**

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de gestantes tamizados
- En el 2º casillero la sigla G de gestante

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
08	APP108			Tumbes		M	N	N	1. Tamizaje Serológico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	22	U218
							C	C	2. Actividades de Chagas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	G	U0092
						F	R	R	3.	P	D	R		

**B. ACTIVIDADES PREVENTIVAS 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 y control del daño, 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 autodiagnóstico y evaluación de las familias.

En esta actividad se elabora el:

**PLAN FAMILIAR**

**Definición Operacional:** Acciones orientadas hacia la solución de los problemas de salud priorizados por etapa de vida en las familias y hacia el mejoramiento de la vivienda en las familias.

Se determina el tipo de riesgo y su posterior seguimiento:

- Plan Familiar de Alto Riesgo U721
- Plan Familiar de Mediano Riesgo U722
- Plan Familiar de Bajo Riesgo U723

**ELABORACIÓN DEL PLAN FAMILIAR (CUANDO SE REALIZA LA VISITA POR PRIMERA VEZ)**

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

- En el 1º casillero el diagnóstico motivo de visita
- En el 2º casillero visita familiar integral
- En el 3º casillero el plan familiar de acuerdo al riesgo

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "R"

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 1, 2... según corresponda.
- En el 3º casillero el número 1 cuando se elabora el plan familiar

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
13	9121	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		A440
							C	C	2. Visita familiar integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344
						F	R	R	3. Plan familiar de alto riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U721

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	1192	1	80	Iquitos	29A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	D	R		B509
	C					C	2. Visita familiar integral	P	D	R	1	99344		
	F					R	R	3. Plan familiar de alto riesgo	P	D	R	1	U721	
	06252348													

#### CUANDO SE HACE SEGUIMIENTO AL PLAN FAMILIAR

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 2, 3... según corresponda.
- En el 3º casillero deje en BLANCO

EN EL CASERO DEJE EN BLANCO														
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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	06252348						C	C	2. Visita familiar integral	P	D	R	2	99344
							R	R	3. Plan familiar de alto riesgo	P	D	R		U721

**Para el seguimiento el Plan Familiar el valor del ítem Lab para la actividad de “Visita Familiar Integral” inicia desde 2 ya que en la 1ª visita se elaboró el Plan Familiar.**

#### CUANDO SE TERMINA CON EL PLAN FAMILIAR

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita
- En el 3º casillero TA cuando se termina con todas las actividades consideradas en el plan familiar.

EN EL CASO, CUALQUIER ACORDADO SE TERMINA CON TODAS LAS ACTIVIDADES CONSIDERADAS EN EL PLAN FAMILIAR.														
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	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
			C			C	2. Visita familiar integral	P	D	R	4	99344		
	06252348					R	R	3. Plan familiar de alto riesgo	P	D	R	TA	U721	

#### VISITA COMUNITARIA

**Definición Operacional:** Visita a la comunidad para realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones orientadas a alcanzar una comunidad saludable (según fases de implementación) del programa municipio y comunidad saludables.

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica anote APP108 que es código de comunidad

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

- En el 1er casillero Visita Comunitaria
- En el 2do casillero Actividades del componente que corresponda
 

○ Actividades de Dengue	U0089	○ Actividades de Peste	U0094
○ Actividades de Bartonelosis	U0090	○ Actividades de Leptospirosis	U0095
○ Actividades de Fiebre Amarilla	U0091	○ Actividades de Tifus	U0096
○ Actividades de Chagas	U0092	○ Actividades de otros Transmisibles	U0097
○ Actividades de Leishmaniasis	U0093		

**Estas mismas actividades se utilizaran para el registro de Sesiones Demostrativas, Sesiones Educativas, Talleres**

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab, anote el número de la visita

EN EL REGISTRO SE DEBE INGRESAR EL NÚMERO DE LA VISITA														
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													
08	APP108			Tumbes		M	N	N	1. Visita comunitaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	C0011
							C	C	2. Actividades de Fiebre Amarilla	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0091
								R	R	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.

Registre de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica anote el código de la institución o grupo humano donde se realiza la actividad.

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividades de Leishmaniasis

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
- En el 2º casillero deje en BLANCO.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD - ENES 2017														
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		
08	APP100			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión demostrativa	P	D	R	15	C0010
							C	C	2. Actividades de Leishmaniasis	P	D	R		U0093
						F	R	R	3.	P	D	R		

## 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: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividades de Bartonelosis

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



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Oficina General  
de Estadística e Informática

Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa  
Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades  
Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores

- En el 2º casillero deje en BLANCO.

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
08	APP93			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	C0009
							C	C	2. Actividades de Leptospirosis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0094
						F	R	R	3.	P	D	R		