



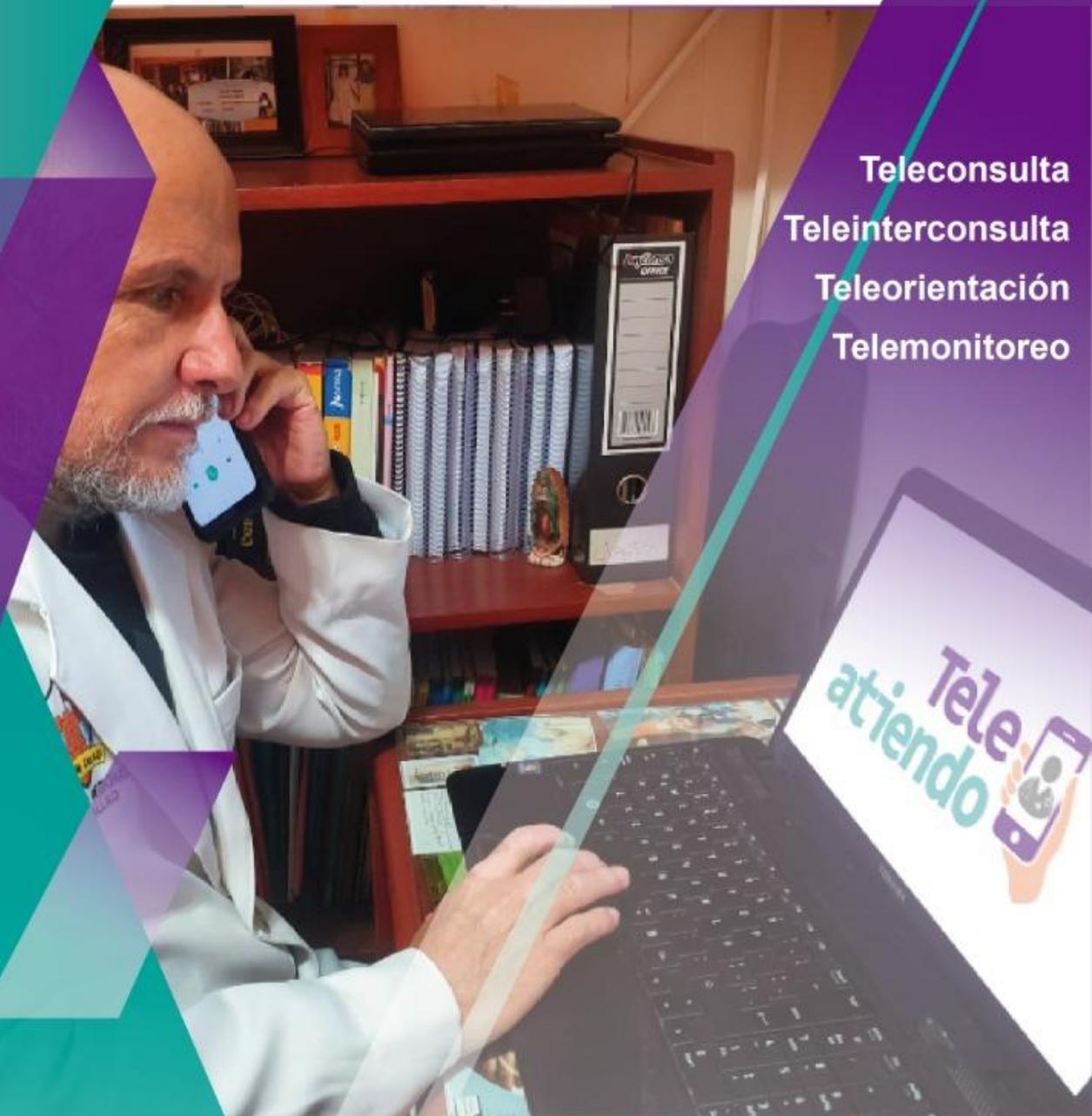
PERÚ

Ministerio
de Salud

Red Nacional de
TeleSalud
Perú

METAXENICAS Y ZONOSIS

Teleconsulta
Teleinterconsulta
Teleorientación
Telemonitoreo



MANUAL

DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN HIS
DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA
Sistema de Información **HIS**



MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN HIS DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA

SISTEMA DE INFORMACION HIS

DIRECCIÓN GENERAL DE TELESALUD, REFERENCIAS Y URGENCIAS
DIRECCION DE TELEMEDICINA

2020



PILAR MAZZETTI SOLER

Ministra de Salud

VÍCTOR BOCANGEL PUCLLA

Viceministro de Salud de
Prestaciones y Aseguramiento en Salud

SILVIANA YANCOURT RUIZ

Secretaria General

LILIANA MÁ CÁRDENAS

Directora General

Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencias

NELLY HUAMANI HUAMANI

Directora General

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud
Pública

MIGUEL ANGEL GUTIERREZ REYES

Director General

Oficina General de Tecnología de la Información

LILY KAU KAU

Directora Ejecutiva

Dirección de Telemedicina

PRESENTACIÓN

En la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, modificada por Decreto Legislativo 1303 y Decreto Legislativo N° 1490, se establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) deben incorporar, en forma progresiva y en su cartera de servicios la prestación de los servicios de Telesalud.

Mediante el Decreto de Urgencia N°006-2020 y el Decreto Legislativo N°1412, se creó el Sistema Nacional de Transformación Digital y se aprueba la Ley de Gobierno Digital, respectivamente, los cuales regulan el uso transversal de las tecnologías digitales en los procesos y servicios prestados por el Estado para la sociedad, donde la Telesalud se constituye en un servicio de gobierno digital que promueve la transformación digital del Estado.

La pandemia ocasionada por la propagación del COVID-19 ha demostrado la importancia de la Telesalud para brindar una atención en salud en un estado de aislamiento social obligatorio y como medio de reducir el riesgo de transmisión directa o contagio por el contacto cercano. Es por ello que la Telesalud debe trascender la respuesta a la emergencia, fortaleciendo la capacidad de respuesta de nuestro sistema de salud; en ese sentido, se promulgó el Decreto Legislativo que Fortalece los Alcances de la Telesalud, aprobado por Decreto Legislativo N° 1490, cuerpo normativo en el que se incorporaron servicios de Telemedicina como la Teleconsulta, Teleinterconsulta, Teleorientación, Telemonitoreo, los cuales marcan un precedente en materia de salud.

Asimismo, como una respuesta a las acciones que deben desarrollarse en el marco de los servicios de Telemedicina, es que en el presente documento técnico se presentan los criterios referenciales que deben incorporarse en el Registro en el HIS de los establecimientos de salud a nivel nacional, con la finalidad de brindar como fuente básica de la información respecto a la morbilidad, preventivo-promocionales y ambulatoria brindada a los usuarios que reciben una atención por el servicio de Telemedicina. Los criterios identificados han sido propuestos por las Direcciones entre ellos: Dirección de Intervenciones por Curso de Vida Cuidado Integral (Etapa Vida Niño y Niña, Etapa Vida Adolescente y Joven, Etapa de Vida Adulto, Etapa de Vida Adulto Mayor), Prevención y Control del Cáncer, Prevención y Control de Discapacidad, Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas, Inmunizaciones, Metaxénicas y Zoonosis, Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable, Salud Mental, Salud Sexual y Reproductiva, Prevención y Control de la Tuberculosis, Prevención y Control de Enfermedades Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, y Promoción de la Salud; articulando la propuesta con la Dirección de Telemedicina de la Dirección General de Telesalud de Referencia y Urgencias, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública - DGIEPS, Oficina General de Tecnologías de la Información; quienes han considerado la importancia de hacer uso de la Telemedicina realizado por personal de salud en condiciones de seguridad, calidad, equidad, eficiencia y oportunidad, considerando los determinantes sociales de la salud, con enfoques de derechos humanos, de género e interculturalidad en salud utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), que fortalezca el rol rector del Ministerio de Salud y sus entidades.

En consecuencia, el registro estadístico sanitario para las atenciones que se brindan en el servicio de Telemedicina se convierte en una necesidad de importancia para la toma de decisiones en el sistema sanitario. Es por ello la Dirección de Telemedicina de la Dirección de Telesalud, Referencias y Urgencias del Ministerio de Salud, presenta el documento denominado “**Manual de Registro y Codificación de actividades de Atención en Salud del servicio de Telemedicina**”, para su difusión y homogenización de criterios referenciales en la recopilación y codificación de la información basados en los diagnósticos CIE 10 que corresponda y del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud – MINSa.

Tabla 1: Los Procedimientos Extraídos del Catálogo de Procedimientos Médicos Sanitarios del Sector Salud – MINSA

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DENOMINACIÓN DE PROCEDIMIENTOS
99499	Telemedicina
99499.01	Teleconsulta en Línea
99499.02	Teleecografía en Línea
99499.03	Teleconsulta fuera de Línea
99499.04	Teleecografía +Teleconsulta en Línea
99499.05	Teleradiografía fuera de Línea
99499.06	Teletomografía fuera de Línea
99499.07	Telemamografía fuera de Línea
99499.08	Teleorientación Síncrona
99499.09	Teleorientación Asíncrona
99499.10	Telemonitoreo
99499.11	Teleinterconsulta Síncrona
99499.12	Teleinterconsulta Asíncrona
93228	Telemetría cardiovascular móvil portátil, con registro electrocardiográfico, análisis de datos computarizados concurrentes en tiempo real y con almacenamiento accesible de ECG de más de 24 horas (recuperable cuando se solicite) con eventos de ECG provocados y seleccionados por el paciente que son transmitidos a central de seguimiento remota por hasta 30 días; revisión e interpretación con reporte por médico u otro profesional de la salud calificado
93229	Telemetría cardiovascular móvil portátil, con registro electrocardiográfico, análisis de datos computarizados concurrentes en tiempo real y con almacenamiento accesible de ECG de más de 24 horas (recuperable cuando se solicite) con eventos de ECG provocados y seleccionados por el paciente que son transmitidos a central de seguimiento remota por hasta 30 días; soporte técnico para la conexión e instrucciones al paciente para su uso, supervisión presencial, análisis y transmisión prescrita de reportes diarios y de datos de emergencia por médico u otro profesional de la salud calificado

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO TELEMEDICINA

Para el registro de los datos generales se hace seguimiento las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Los ítems diagnósticos, motivo de consulta, tipo de diagnóstico y LAB presentan algunas particularidades que se detalla a continuación:

A. ATENCIÓN DE SALUD

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

Con respecto al financiador, para Telemedicina solo se deben consignar 1=Usuario, 2=Seguro integral (SIS), 10=Otros y 11=Exonerados (adultos que no son SIS y no pagan, exonerados por servicio social); eventualmente 3=ESSALUD en el ámbito donde se realice el proceso de intercambio prestacional y 9= privados si el establecimiento de salud cuenta con algún convenio de carácter privado con alguna institución de la jurisdicción.

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

P: (Diagnóstico Presuntivo) Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o este requiere de algún resultado de Laboratorio. Su carácter es provisional.

D: (Diagnóstico Definitivo): Cuando se tiene certeza del diagnóstico 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 Repetitivo): 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 que se estableció el diagnóstico definitivo.

Si son más de tres diagnósticos y/o actividades lo que se van a registrar, debe continuarse en el siguiente registro y trazar una Línea oblicua entre los casilleros de los ítems día hasta donde se dio el servicio.

La atención de Telemedicina es transversal a las atenciones que se brinda en las diferentes áreas de acción del campo de la salud y puede darse por parte del personal de salud.

B. REGISTRO DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA:

Los servicios de Telemedicina que se brindan, se registran en el formulario HIS al momento de su desarrollo y cuando se concluye en el servicio brindado.

C. DEFINICIONES:

Para efectos del presente manual se considera algunas de las definiciones operacionales:

- **ACTO MÉDICO:**

Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que deriven directamente de estos.

- **ACTO DE SALUD:**

Es toda acción o actividad que realizan los profesionales de la salud excepto el médico cirujano, para las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda; que se brindan al paciente, familia y comunidad.

- **ASÍNCRONA:**

Comunicación en tiempo diferido, quiere decir que no está en Línea (off-line).

- **CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD:**

Es el conjunto de diferentes atenciones que brinda un establecimiento de salud, basado en sus recursos humanos y recursos tecnológicos. En el caso de establecimientos de salud públicos, la Cartera de Atención de Salud responde a las necesidades de salud de la población y a las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Es el derecho reconocido a los usuarios mediante la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, con la finalidad de brindar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud.

- **DISCAPACIDAD:**

Término genérico que incluye las deficiencias de funciones y o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación; indicando los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

- **SÍNCRONA:**

Comunicación directa en tiempo real a través de un medio de comunicación.

- **TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN – TIC:**

Son un conjunto de servicios, redes, softwares y dispositivos de hardware que se integran en sistemas de información interconectados y complementarios, con la finalidad de gestionar datos e información de manera efectiva, mejorando la productividad de los ciudadanos, gobierno y empresas, dando como resultado una mejora en la calidad de vida.

- **TELEMEDICINA:**

Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, prestados por personal de la salud que utiliza las TIC, con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población.

- **TELEAPOYO AL DIAGNÓSTICO**

Es el servicio de apoyo al diagnóstico a distancia mediante el uso de las TIC, en el proceso de atención al paciente, incluye diagnóstico por imágenes, patología clínica, anatomía patológica, entre otros.

- **TELEMONITOREO:**

Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud.

- **TELESALUD:**

Servicio de salud a distancia prestado por personal de la salud competente, a través de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación-TIC, para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles y oportunos a la población. Este servicio se efectúa considerando los siguientes ejes de desarrollo de la telesalud: la prestación de los servicios de salud, la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación con pertinencia cultural y lingüística; y el fortalecimiento de capacidades al personal de la salud, entre otros.

- **TELEINTERCONSULTA:**

Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de salud a un profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, pudiendo ésta estar o no presente; con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.

- **TELEORIENTACIÓN:**

Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las TIC, para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.

- **TELECERTIFICACIÓN:**

Acto médico por el cual el médico debidamente capacitado y acreditado realiza la certificación de la condición de salud y la discapacidad de acuerdo a la normativa vigente en la materia, haciendo uso de las TIC y cuyo acto se encuentra debidamente fundamentado y registrado en la Historia Clínica o Historia Clínica Electrónica.



- **TELEREHABILITACIÓN¹**

Provisión de servicios de salud a distancia en el componente de rehabilitación, prestada por personal de salud mediante el uso de las TIC, con el propósito de facilitar el acceso al servicio de rehabilitación a la población.

- **TELETERAPIA¹**

Procedimiento terapéutico donde el paciente realiza las terapias indicadas en el plan de rehabilitación prescritas por el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación o médico general capacitado y guiadas por un profesional de la salud competente en forma remota mediante las Tecnologías de la Información y de la Comunicación-TIC.

- **IPRESS INTERCONSULTANTE:**

Institución Prestadora de Servicios de Salud, registrada con el servicio de Telesalud en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - RENIPRESS, con limitaciones de acceso o capacidad resolutoria, que cuenta con tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), a fin de acceder a servicios de telemedicina (teleinterconsulta) de una o más IPRESS consultoras.

- **IPRESS INTERCONSULTORA:**

Institución Prestadora de Servicios de Salud registrada con el servicio de Telesalud en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - RENIPRESS, que cuenta con tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) y brinda servicios de Telemedicina (teleinterconsulta) a las IPRESS interconsultantes.

- **TELEINTERCONSULTANTE:**

Personal de la salud que Labora en una IPRESS consultante, quien solicita servicios de Telemedicina a uno o más teleconsultores de una IPRESS consultora.

- **TELEINTERCONSULTORA:**

Profesional de la salud, que Labora en una IPRESS, que brinda servicios de Telemedicina teleinterconsulta a uno o más teleinterconsultantes.

¹ Elaboración propia de la Dirección de Prevención y Control de Discapacidad.

ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZONOSIS

➤ TELEMONITOREO

CASO PROBABLE DE DENGUE

En el registro HIS anote:

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico según tipo de Dengue.
- En el 2do casillero: Se colocará toma de muestra diagnóstico.
- En el 3ro casillero: Se colocará administración de Tratamiento de ser el caso.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er casillero: Se colocará "P": Presuntivo.
- En el 2do casillero: Se colocará "D": Definitivo.
- En el 3ro casillero: Se colocará el número de tratamiento de ser el caso (medicación): "1" para inicio y "TA" para fin.

Caso probable de Dengue y Toma de muestra:

AÑO 3		MES 4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7							
DNI																				
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21	22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R	1º	2º	3º		
GESTANTE/P UERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
21	623745	2	COMAS	27	M	PC	PESO	N	N	1. DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA			P	D	R			A970		
	45672						TALLA			2. TOMA DE MUESTRA DE DIAGNOSTICO										U2142
		58					Hb	R	R	3. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO									1	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
					A	M	PC	PESO	N	N	1. TELEMONITOREO			P		R	1		99499.1	
					M			TALLA	C	C	2.			P	D	R				
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	D	R				

El registro de Administración de Tratamiento en los Casos Probables de Dengue está sujeta a evaluación clínica del personal de salud que atiende el caso.

SEGUIMIENTO Y MONITOREO CLÍNICO DE DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA MEDIANTE TELEMONITOREO

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico identificado:
Dengue sin señales de alarma – A970
Tipo de diagnóstico: Presuntivo.
- En el 2do casillero: Se colocará el diagnóstico identificado:
Seguimiento diario a paciente mediante Telemonitoreo 99499.10
Tipo de diagnóstico: Definitivo
LAB= 1, 2, 3... según corresponda

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																	
7		8		9		11			13		14		15		16		17		18		19			20			21			22
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																		P D R 1º 2º 3º								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																
2		623745		2		COMAS			27		M		PC		PESO		N		N		1. DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA			P D R						A970
		45672		58					27		M		Pab		TALLA		D		D		2. TELEMONITOREO			P D R			1			99499.10
											D		Pab		Hb		R		R		3.			P D R						

EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE DENGUE MEDIANTE TELEMONITOREO

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

- En el 1er casillero: Se colocará el diagnóstico identificado.
- En el 2do casillero: Se colocará la evaluación y Entrega de resultados de Dengue.
- En el 3ro casillero: Se colocará el Telemonitoreo.

En el ítem Tipo de diagnóstico: marque en TODOS los casilleros “Definitivo: D”.

En el ítem: LAB anote:

- En el 1er casillero: Registre el Serotipo Presentado, si y solo si, se realizó una prueba PCR, caso contrario deje en blanco.
 - 1 = DEN-1
 - 2 = DEN-2
 - 3 = DEN-3
 - 4 = DEN-4
- En el 2do casillero: Registre el tipo de examen:
 - PCR = Examen RT-PCR
 - AIS = Aislamiento viral
 - IGM = Seroconversión IgM
 - IGG = Seroconversión IgG
 - NS1 = Antígeno NS1
- En el 3ro casillero anote seguimiento diario a paciente mediante Telemonitoreo, con LAB= 1, 2, 3... según corresponda.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																	
7		8		9		11			13		14		15		16		17		18		19			20			21			22
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																		P D R 1º 2º 3º								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																
21		623745		2		COMAS			27		M		PC		PESO		N		N		1. DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA			P D R						A970
		45672		58					27		M		Pab		TALLA		D		D		2. EVALUACION Y ENTREGA DE RESULTADOS			P D R			IGG			U2625
											D		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO			P D R			4			99499.10

Si en la evaluación diaria del paciente, mediante monitoreo, el profesional de la salud identifica algún signo de alarma o de dengue grave, el paciente tiene que ser referido inmediatamente a un IPRESS.

MALARIA

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA FALCIPARUM: Se administran por 3 días.

En el campo LAB registre

- En el 1er casillero: Colocar el diagnóstico de malaria falciparum.
- En el 2do casillero: Colocar el número de tratamiento 2 ó 3, según corresponda; donde 2 indica el inicio de tratamiento y 3 el fin del mismo.
- En el 3ro casillero: Colocar la reacción adversa.
- En el 4to casillero: Colocar síntoma principal de la reacción adversa.

En el 5to casillero el Telemonitoreo, con código LAB 1, 2 según corresponda

AÑO 3			MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																									
															DNI																									
7	8		9		11		13	14	15	16	17	18	19			20			21			22																		
	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA											EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		10		12																																			
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																									
28	567954		2		COMAS		4	A	M	PC	PESO	N	N	1. MALARIA MIXTA			P	D	X				B538																	
	12767							M	X	X	TALLA	X	X	2. ADMINISTRACION SUPERVISADA DE TRATAMIENTO			P	X	R	2			U310																	
			58					D	F	Pab	Hb	R	R	3. REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIMALARICO			P	X	R				Y412																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																									
								A	M	PC	PESO	N	N	1. VOMITO			P	D	X				R11X																	
								M	X	X	TALLA	C	C	2. TELEMONITOREO			P	X	R	1			99499.10																	
								D	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	D	R																					

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA VIVAX: Se administra por 7 días.

En el campo LAB registre

- En el 1er casillero colocar el diagnóstico de malaria vivax.
- En el 2do casillero el número de tratamiento 2 hasta 7, según corresponda; donde 2 indica el inicio de tratamiento y 7 el fin del mismo.
- En el 3ro casillero la reacción adversa
- En el 4to casillero síntoma principal de la reacción adversa
- En el 5to casillero el Telemonitoreo, con código LAB 1, 2,...6 según corresponda.

AÑO 3			MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6																									
															DNI																									
7	8		9		11		13	14	15	16	17	18	19			20			21			22																		
	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA											EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC.		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		10		12																																			
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																									
21	567954		2		COMAS		16	X	M	PC	PESO	N	N	1. MALARIA POR P. VIVAX SIN COMPLICACIONES			P	D	X				B519																	
	12767							M	X	X	TALLA	X	X	2. ADMINISTRACION SUPERVISADA DE TRATAMIENTO			P	X	R	2			U310																	
			58					D	F	Pab	Hb	R	R	3. REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIMALARICO			P	X	R				Y412																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																									
								A	M	PC	PESO	N	N	1. VOMITO			P	D	X				R11X																	
								M	X	X	TALLA	C	C	2. TELEMONITOREO			P	X	R	1			99499.10																	
								D	F	Pab	Hb	R	R	3.			P	D	R																					



ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA MIXTA

Se iniciará tratamiento por 04 días como malaria vívax, si se observa mejora luego de una evaluación al paciente, se completa tratamiento para vívax (07 dosis), caso contrario se cambia tratamiento como malaria falciparum por 03 días.

En el campo LAB registre

- En el 1er casillero colocar el diagnóstico de malaria mixta.
- En el 2do casillero el número de tratamiento desde n° 2 al 7 según corresponda; donde 2 indica el 2do. día de tratamiento y 7 (término de tratamiento).
- En el 3ro casillero la reacción adversa
- En el 4to casillero síntoma principal de la reacción adversa
- En el 5to casillero: Registre el número de Telemonitoreo en Línea 1, 2, ... según corresponda.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																
8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20			21			22		
D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLEC		SER-VICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
HISTORIA CLINICA		10		12														P D R			1º 2º 3º								
GESTANTE/P UER PERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
28	567954	2	ANDAHUAYLAS	16	M	PC		PESO	N	N	1. MALARIA MIXTA	P	D	R													B538		
	12767	58			M			TALLA			2. ADMINISTRACION SUPERVISADA DE TRATAMIENTO	P	R	R	2												U310		
						D	Pab		Hb	R	R	3. REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIMALARICO	P	R	R												Y412		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
					A	PC		PESO	N	N	1. VOMITO	P	D	R													R11X		
					M			TALLA	C	C	2. TELEMONITOREO	P	R	R	1												99499.10		
					D	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R															

Nota: En cada sesión de Telemonitoreo se preguntará al paciente sobre su evolución y si está tomando el tratamiento contra la malaria según lo indicado:

- ¿Tomó su medicamento el día de hoy? ¿Qué medicamento tomó?
- ¿Tiene vómitos a repetición? ¿tolera la vía oral? ¿Ha sufrido convulsiones?
- ¿Presenta dificultad para respirar?

Si el paciente refiere algún síntoma grave y/o alguna reacción adversa al medicamento grave debe ser referido al EESS de mayor resolución inmediatamente.

ZOONOSIS - RABIA

ORIENTACIÓN DE LA PERSONA MORDIDA POR UN ANIMAL

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

- En el 1er. Casillero: Colocar el diagnóstico de tipo del animal mordedor .
 - ✓ Mordedura o ataque de perro W540 o
 - ✓ Mordedura o ataque de gato W550 o
 - ✓ Mordedura o ataque de roedor W530 o
 - ✓ Mordedura o ataque de otros animales urbanos W558
 - ✓ Mordedura o ataque por murciélago W5591
 - ✓ Mordedura o ataque de otros animales domésticos (equinos, porcinos, etc.) W557
 - ✓ Mordedura o ataque de otros animales silvestres W559
- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401.
- En el 3er. casillero Teleorientación Síncrona 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "P"
- En el 2do. casillero "D"
- En el 3ro. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En el 2do. casillero: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda.
- En el 3ro. casillero: el número de Teleorientación Síncrona 1, 2, según corresponda.

➤ TELEORIENTACIÓN EN RABIA URBANA

En caso la mordedura sea por un Can

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																								
													DNI																								
DIA	8		9		11		13	14	15	16	17	18	19			20			21			22															
	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA											EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB		
	HISTORIA CLINICA		10		12								ETNIA		CENTRO POBLADO		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			P			D			R			1º			2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																																					
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		1. MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO			D			R			W540										
		45672		58				25		M		PC		TALLA		C		2. CONSEJERIA INTEGRAL			P			R			1			99401							
								25		D		Pab		Hb		R		3. TELEORIENTACION SINCRONA			P			R			1			99499.08							

En caso la mordedura sea por un Gato

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																								
													DNI																								
DIA	8		9		11		13	14	15	16	17	18	19			20			21			22															
	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA											EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB		
	HISTORIA CLINICA		10		12								ETNIA		CENTRO POBLADO		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			P			D			R			1º			2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																																					
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		1. MORDEDURA O ATAQUE DE GATO			D			R			W550										
		45672		58				25		M		PC		TALLA		C		2. CONSEJERIA INTEGRAL			P			R			1			99401							
								25		D		Pab		Hb		R		3. TELEORIENTACION SINCRONA			P			R			1			99499.08							

En caso la mordedura sea por otro animal urbano (porcino, equino, bovino, etc).

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN															
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA	10	12																						
	GESTANTE/P/UE/P/ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
2	623745	2	COMAS	25	M	PC	PESO	C	C	1.	MORDEDURA O ATAQUE DE OTROS ANIMALES URBANOS	P	D	R					W550						
	45672									58	D	F	Pab	TALLA	R	R	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	1			99401
														Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R	1			99499.08

En caso la mordedura sea por un roedor

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	10	12																					
	GESTANTE/P/UE/P/ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
2	623745	2	COMAS	25	M	PC	PESO	C	C	1.	MORDEDURA O ATAQUE DE ROEDOR	P	D	R					W530					
	45672									58	D	F	Pab	TALLA	R	R	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	1		99401
														Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R	1		99499.08

➤ TELEORIENTACIÓN EN RABIA SILVESTRE
En caso la mordedura sea por un murciélago

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	10	12																					
	GESTANTE/P/UE/P/ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
2	623745	2	COMAS	25	M	PC	PESO	C	C	1.	MORDEDURA O ATAQUE DE MURCIELAGO	P	D	R					W5591					
	45672									58	D	F	Pab	TALLA	R	R	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	1		99401
														Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R	1		99499.08

En caso la mordedura sea por un ataque de otros animales silvestres

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	10	12																					
	GESTANTE/P/UE/P/ERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
2	623745	2	COMAS	25	M	PC	PESO	C	C	1.	MORDEDURA O ATAQUE DE OTROS ANIMALES SILVESTRES	P	D	R					W559					
	45672									58	D	F	Pab	TALLA	R	R	2.	CONSEJERIA INTEGRAL	P	D	R	1		99401
														Hb	R	R	3.	TELEORIENTACION SINCRONA	P	D	R	1		99499.08

En caso la mordedura sea por un ataque de otros animales domésticos (equinos, porcinos, etc).

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																							
7			8			9			10			11			12			13			14			15			16			17			18			19			20			21			22								
DIA			D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT														
GESTANTE/P UERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																													
2			623745			2			COMAS			25			M			PC			PESO			N			N			1.			MORDEDURA O ATAQUE DE OTROS ANIMALES DOMESTICOS (EQUINOS, PORCINOS,ETC)			P			D			R						W557					
			45672									25			M						TALLA			C			C			2.			CONSEJERIA INTEGRAL			P			D			R			1			99401					
						58						25			D			F			Pab			Hb			R			R			3.			TELEORIENTACION SINCRONA			P			D			R			1			99499.08		

VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA

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

- En el 1er. casillero Vacuna antirrábica de cultivo celular 90676
- En el 2do. casillero Consejería Integral 99401
- En el 3er. casillero Telemonitoreo 99499.10

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1er. casillero "R"
- En el 2do. casillero siempre "D"
- En el 3er. casillero "D"

En el ítem LAB. Anote

- En el 1er. casillero: el número de dosis a vacunar 1, 2, ..., y el tipo de esquema PRE (Pre-exposición) o POS (Post-exposición) según corresponda
- En el 2do. casillero: el número de consejería integral 1, 2, ..., según corresponda
- En el 3er. casillero: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda

Vacunación PRE-EXPOSICIÓN: En esta etapa, para la vacunación cultivo celular solo se aplica 3 dosis y el registro se realiza en el Módulo de Inmunizaciones del sistema HISMINSA.

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 1era dosis de vacunación Pre-exposición.

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																										
7			8			9			10			11			12			13			14			15			16			17			18			19			20			21			22											
DIA			D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT																	
GESTANTE/P UERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																
2			623745			2			COMAS			25			A			M			PC			PESO			N			N			1.			VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR			P			D			R			1			PRE			90676		
			45672									25			M						TALLA			C			C			2.			CONSEJERIA INTEGRAL			P			D			R			1			99401								
						58						25			D			F			Pab			Hb			R			R			3.			TELEMONITOREO			P			D			R			1			99499.10					

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 2da dosis de vacunación Pre-exposición.

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																										
7			8			9			10			11			12			13			14			15			16			17			18			19			20			21			22											
DIA			D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT																	
GESTANTE/P UERPERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																																
2			623745			2			COMAS			25			A			M			PC			PESO			N			N			1.			VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR			P			D			R			2			PRE			90676		
			45672									25			M						TALLA			C			C			2.			CONSEJERIA INTEGRAL			P			D			R			2			99401								
						58						25			D			F			Pab			Hb			R			R			3.			TELEMONITOREO			P			D			R			2			99499.10					

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 3era dosis de vacunación Pre-exposición.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																	
8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20			21			22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA	10	12								P			D			R			1º			2º			3º			
	GESTANTE/P UERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P			D			R			1º			2º			3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
2	623745	2	COMAS		25	A	M	PC	PESO	N	N	1. VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR					P	D	R	3	PRE	90676							
	45672	58				M	F	Pab	TALLA	X	X	2. CONSEJERIA INTEGRAL					P	D	R	3		99401							
						D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO					P	D	R	3		99499.10							

Vacunación POST-EXPOSICIÓN: En esta etapa, para la vacunación cultivo celular se aplica según esquema de vacunación ANEXO 01

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 1era dosis de vacunación Post-exposición.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																	
8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20			21			22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA	10	12								P			D			R			1º			2º			3º			
	GESTANTE/P UERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P			D			R			1º			2º			3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
2	623745	2	COMAS		25	X	M	PC	PESO	N	N	1. VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR					P	D	R	1	POS	90676							
	45672	58				M	F	Pab	TALLA	X	X	2. CONSEJERIA INTEGRAL					P	D	R	1		99401							
						D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO					P	D	R	1		99499.10							

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 2da dosis de vacunación Post-exposición.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																	
8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20			21			22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA	10	12								P			D			R			1º			2º			3º			
	GESTANTE/P UERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P			D			R			1º			2º			3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
2	623745	2	COMAS		25	X	M	PC	PESO	N	N	1. VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR					P	D	R	2	POS	90676							
	45672	58				M	F	Pab	TALLA	X	X	2. CONSEJERIA INTEGRAL					P	D	R	2		99401							
						D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO					P	D	R	2		99499.10							

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 3era dosis de vacunación Post-exposición.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																	
8		9		11		13		14		15		16		17		18		19			20			21			22		
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD					TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA	10	12								P			D			R			1º			2º			3º			
	GESTANTE/P UERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO								P			D			R			1º			2º			3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /															
2	623745	2	COMAS		25	A	M	PC	PESO	N	N	1. VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR					P	D	R	3	POS	90676							
	45672	58				M	F	Pab	TALLA	X	X	2. CONSEJERIA INTEGRAL					P	D	R	3		99401							
						D	F	Pab	Hb	R	R	3. TELEMONITOREO					P	D	R	3		99499.10							

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 4ta dosis de vacunación Post-exposición.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																		
DIA		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
GESTANTE/P UER P ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		P			D			R			1º	2º	3º							
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR			P	D	R	4	POS	90676		
		45672		58				25		M		PC		TALLA		N		N		2. CONSEJERIA INTEGRAL			P	D	R	4		99401		
								25		D		F		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO			P	D	R	4		99499.10

Para monitoreo en la asistencia al Establecimiento de Salud para la 5ta dosis de vacunación Post-exposición.

AÑO 3		MES 4		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) 5					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) 6			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7																		
DIA		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
GESTANTE/P UER P ERA		ETNIA		CENTRO POBLADO		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		P			D			R			1º	2º	3º							
2		623745		2		COMAS		25		M		PC		PESO		N		N		1. VACUNA ANTIRRABICA DE CULTIVO CELULAR			P	D	R	5	POS	90676		
		45672		58				25		M		PC		TALLA		N		N		2. CONSEJERIA INTEGRAL			P	D	R	5		99401		
								25		D		F		Pab		Hb		R		R		3. TELEMONITOREO			P	D	R	5		99499.10

➤ TELEMONITOREO
MONITOREO DE LA OBSERVACIÓN DEL ANIMAL MORDEDOR

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

- En el 1er. casillero el diagnóstico de tipo del animal mordedor
 - ✓ Mordedura o ataque de perro W540 o
 - ✓ Mordedura o ataque de gato W550

- En el 2do casillero Animal observado C5092
- En el 3er. casillero Telemonitoreo

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1er. Casillero siempre "R"
- En el 2do. Casillero siempre "D"
- En el 3er. Casillero siempre "D"

En el ítem: LAB anote:

- En el 2do casillero el número de monitoreo u observación del animal mordedor 1, 2 o 3 según corresponda y la situación del animal mordedor AS (Aparentemente Sano), SR (Sospechoso de Rabia), MOC (Muerto por otras causas) o PA (Alta del paciente), este último siempre y cuando en la 3era observación se encuentre aparentemente Sano.
- En el 3er. casillero: el número de Telemonitoreo 1, 2, ..., según corresponda.

Primera observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando estar Aparentemente Sano.

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																															
7			8			9			10			11			12			13			14			15			16			17			18			19			20			21			22		
DIA			D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT								
GESTANTE/P UER P ERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
2			623745			2			COMAS			25			M			PC			PESO			N			1.			MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO			P			D			R			W540					
2			45672			58						D			F			Pab			TALLA			C			2.			ANIMAL OBSERVADO			P			R			1			AS			C5092		
																		Hb			R			R			3.			TELEMONITOREO			P			R			1			99499.10					

Segunda observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando estar Aparentemente Sano.

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																															
7			8			9			10			11			12			13			14			15			16			17			18			19			20			21			22		
DIA			D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT								
GESTANTE/P UER P ERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
2			623745			2			COMAS			25			M			PC			PESO			N			1.			MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO			P			D			R			W540					
2			45672			58						D			F			Pab			TALLA			C			2.			ANIMAL OBSERVADO			P			R			2			AS			C5092		
																		Hb			R			R			3.			TELEMONITOREO			P			R			2			99499.10					

Tercera observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando estar Aparentemente Sano, por lo tanto, se da el Alta del paciente (PA).

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																															
7			8			9			10			11			12			13			14			15			16			17			18			19			20			21			22		
DIA			D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT								
GESTANTE/P UER P ERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
2			623745			2			COMAS			25			M			PC			PESO			N			1.			MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO			P			D			R			W540					
2			45672			58						D			F			Pab			TALLA			C			2.			ANIMAL OBSERVADO			P			R			3			PA			C5092		
																		Hb			R			R			3.			TELEMONITOREO			P			R			3			99499.10					

Cuarta observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando estar Sospechoso de Rabia (SR).

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																															
7			8			9			10			11			12			13			14			15			16			17			18			19			20			21			22		
DIA			D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT								
GESTANTE/P UER P ERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
2			623745			2			COMAS			25			M			PC			PESO			N			1.			MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO			P			D			R			W540					
2			45672			58						D			F			Pab			TALLA			C			2.			ANIMAL OBSERVADO			P			R			3			SR			C5092		
																		Hb			R			R			3.			TELEMONITOREO			P			R			3			99499.10					

Quinta observación del animal mordedor (can o gato) mediante Telemonitoreo al dueño o responsable del animal, resultando Muerto por Otras Causas (MOC).

AÑO 3			MES 4			NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																															
7			8			9			10			11			12			13			14			15			16			17			18			19			20			21			22		
DIA			D.N.I.			FINANC.			DISTRITO DE PROCEDENCIA			EDAD			SEXO			PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL			EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA			ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT								
GESTANTE/P UER P ERA			ETNIA			CENTRO POBLADO																																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
2			623745			2			COMAS			25			M			PC			PESO			N			1.			MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO			P			D			R			W540					
2			45672			58						D			F			Pab			TALLA			C			2.			ANIMAL OBSERVADO			P			R			3			MOC			C5092		
																		Hb			R			R			3.			TELEMONITOREO			P			R			3			99499.10					

ANEXO 01: Esquema de tratamiento POST-EXPOSICIÓN³

EXPOSICIÓN LEVE	Mordeduras por animales (perro o gato) localizado SIN SÍNTOMAS o SIN SOSPECHA DE RABIA , cuya lesión superficial y única; y no está localizada en cara, cabeza, cuello, genitales, pulpejo de dedos de manos y pies.	Control por 10 días	NO	Iniciar profilaxis antirrábica humana si el animal muere, desaparece o presenta sospecha de rabia dentro de los 10 días,
EXPOSICIÓN GRAVE	Mordedura o arañazo por animales perro o gato SIN SÍNTOMAS o SIN SOSPECHA DE RABIA , cuya lesión sea en: cara, cabeza, cuello, genitales, pulpejo de dedos de manos y pies; lesiones desgarradas, profundas o múltiples.	Control por 10 días del PERRO o GATO	NO	Iniciar profilaxis con dos dosis de vacuna antirrábica humana los días 0-3, realizar observación del animal mordedor.
				Suspender temporalmente la vacunación si al 5to día del accidente de la mordedura, el animal se encuentra sano y suspender definitivamente la vacunación si al 10mo día del accidente de mordedura o término de la observación el animal se encuentra sano.
				Si no es posible terminar el control (animal huido, muerto) o hay sospecha clínica de rabia, indicar según evaluación de riesgo:
				Completar esquema con vacuna antirrábica los días 7, 14 y 28 o según esquema de recuperación.
	Cualquier tipo de mordedura por animal NO LOCALIZADO O HUIDO			Sin inmunoglobulina o sin suero antirrábico. Esquema completo con vacuna antirrábica humana (0, 3, 7, 14 y 28).
				Si, si la lesión es en cabeza, cara, cuello, pulpejo de los dedos de la mano y pies, lesiones desgarradas, profundas o múltiples.
Cualquier tipo de mordedura o arañazo por ANIMAL SOSPECHOSO A RABIA .	Control por 10 días del PERRO o GATO		En ambos casos Suspender la vacunación si se localiza al animal mordedor y al término del control está aparentemente sano.	
			Si, si la lesión es en cabeza, cara, cuello, pulpejo de los dedos de la mano y pies, lesiones desgarradas, profundas o múltiples.	Con inmunoglobulina o suero antirrábico. Esquema completo con vacuna antirrábica humana (0, 3, 7, 14 y 28).
Cualquier tipo de mordedura o arañazo por ANIMAL CONFIRMADO DE RABIA (urbana y silvestre).			SI	Esquema completo con vacuna antirrábica humana (0, 3, 7, 14 y 28).
Contacto con saliva del ANIMAL CONFIRMADO DE RABIA , con heridas recientes o con las mucosas.			SI	Esquema completo con vacuna antirrábica humana (0, 3, 7, 14 y 28).

³ NTS N° 131-MINSA/2017/DGIESP NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA. HUMANA EN EL PERÚ aprobada con Resolución Ministerial RM 024-2017/MINSA

Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias

 teleatiendo.minsa.gob.pe

 rntelesalud@minsa.gob.pe

 955 513 794