

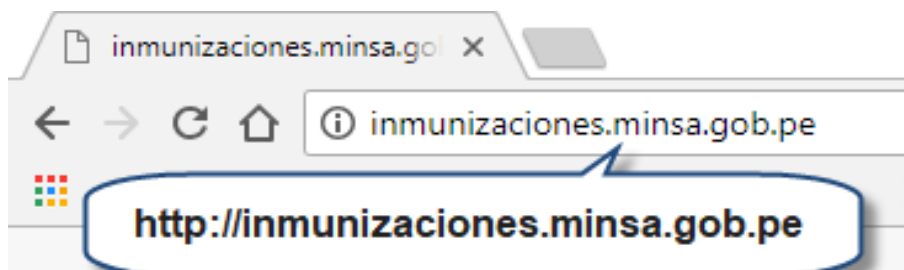


MANUAL DE USUARIO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN DE
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA
(E - QHALI)

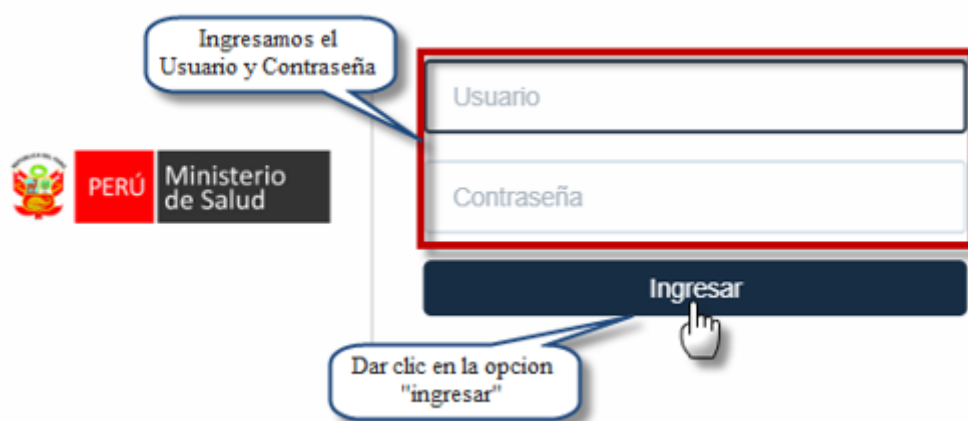
MÓDULO DE INMUNIZACIONES

MODO DE INGRESO AL MODULO DE INMUNIZACIONES

- a. Usar el navegador Google Chrome o Firefox
- b. Escribir la URL de la siguiente forma:



- c. Escribir el usuario y contraseña (en este caso es el DNI del usuario generado por el sistema)



Nota: Por medidas de seguridad, se recomienda cambiar la contraseña, una vez ingresado al sistema.

DESCRIPCIÓN DE LA PÁGINA DE INICIO DEL MODULO

En la página inicial del módulo de inmunizaciones se presenta de la siguiente manera:

1. **La búsqueda del niño** se puede realizar por DNI (apellidos y nombres, CNV, carnet de extranjería).
2. Se debe escribir el **N° DNI, CNV, Acta de nacimiento u otro documento que identifica el menor**.
3. **Relación de vacunas programadas del día de hoy** con la opción descargar lista.
4. **Relación de vacunas retrasadas más de 1 semana**, este es un reporte en la cual aparece la relación de pacientes que no fueron vacunados a la fecha programada, con opción de descargar.



The screenshot shows the home page of the immunization module. It features a search section at the top with a dropdown for 'Tipo de documento' (labeled 1) set to 'DNI/LE', a text input for 'Ingrese número de documento' (labeled 2) with placeholder text 'Buscar por número documento, C', and a 'Buscar' button. Below this are two main sections: 'PACIENTES CON VACUNA PROGRAMADA HOY' (labeled 3) and 'PACIENTES CON VACUNACIÓN RETRASADA MÁS DE 1 SEMANA' (labeled 4). Each section has a 'Descargar' button and a table with columns 'Paciente' and 'Opciones'.

OPCIONES DE ACCESO AL MODULO



Característica del Calendario de Vacunas

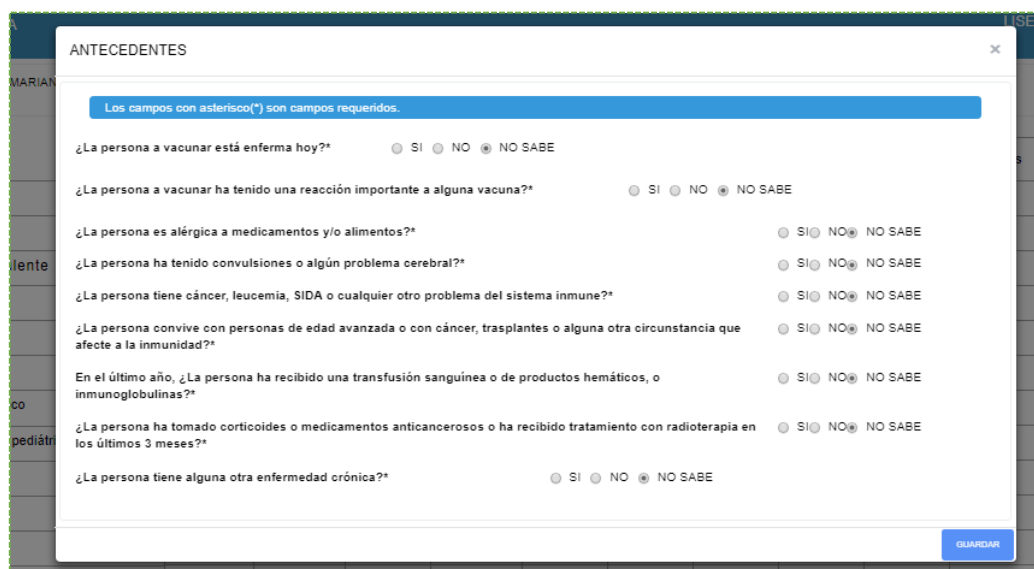
1. **Encabezado y datos del paciente** (Consta del nombre, fecha de nacimiento, edad, antecedentes y reacciones adversas). El icono del ojo (accede a la sección de afiliación del paciente).
2. Botón **Edita** (en la cual se puede editar el listado de antecedentes) y el icono **Impresora** (consta del carnet detallado de vacunas, carnet de vacunas y las fichas de atención del SIS).
3. **Calendario de vacunas nacional**.

1		F.Nac: 29/11/14 (3 años 6 meses 10 días)	Antecedentes: No	Reacciones a vacuna: No	2
<div style="text-align: right;"> EDITAR </div>					

	R.N.	2 meses	4 meses	6 meses	7 meses	8 meses	10 meses	12 meses	15 meses	18 meses	22 meses	3 años 6 meses	4 años 4 meses
HvB RN	29/11/14												
BCG	29/11/14												
Pentavalente	HvB HB DPT	29/01/15	atrasada	atrasada									
HvB													
Polio		atrasada		31/05/15		atrasada	atrasada				atrasada		31/03/16
Rotavirus		29/01/15	atrasada										
Neumococo		atrasada											
Influenza pediátrica					atrasada								
SPR								atrasada					
Varicela								atrasada					
AMA									atrasada				
DPT											atrasada		
DT adulto													
Influenza adulto													
SR													
VPH													

REGISTRO DE VACUNAS APLICADAS AL MODULO

1. Si el niño es atendido por primera vez saldrá esta ventana emergente de **“Antecedentes”**, la cual deberá ser llenada por primera y única vez por la madre o tutor del paciente (ya que el niño es menor de edad). Las preguntas están relacionadas con las vacunas que ha hecho alguna reacción adversa el niño, alergia a medicamento y otros datos que se encuentra en (*) porque son obligatorias:



ANTECEDENTES

Los campos con asterisco(*) son campos requeridos.

¿La persona a vacunar está enferma hoy?*

¿La persona a vacunar ha tenido una reacción importante a alguna vacuna?*

¿La persona es alérgica a medicamentos y/o alimentos?*

¿La persona ha tenido convulsiones o algún problema cerebral?*

¿La persona tiene cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmune?*

¿La persona convive con personas de edad avanzada o con cáncer, trasplantes o alguna otra circunstancia que afecte a la inmunidad?*

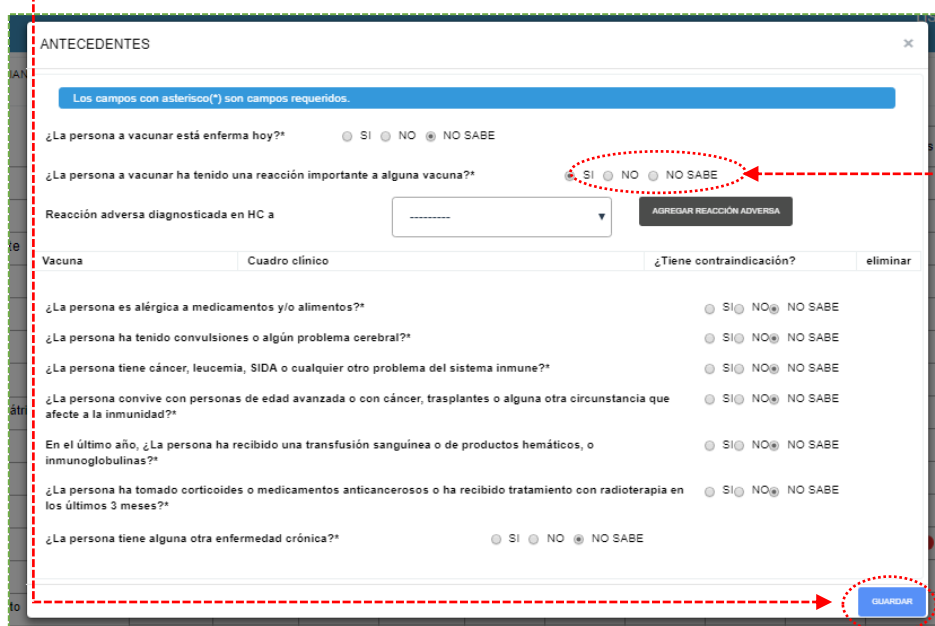
En el último año, ¿La persona ha recibido una transfusión sanguínea o de productos hemáticos, o inmunoglobulinas?*

¿La persona ha tomado corticoides o medicamentos anticancerosos o ha recibido tratamiento con radioterapia en los últimos 3 meses?*

¿La persona tiene alguna otra enfermedad crónica?*

GUARDAR

2. Cada pregunta muestra tres opciones por responder (SI / NO / NOSE), si la respuesta emitida es SI, se visualiza otra pregunta para especificar los datos solicitados. Al terminar **NO OLVIDAR** hacer click en **GUARDAR** para que automáticamente el sistema guarde estos datos.



ANTECEDENTES

Los campos con asterisco(*) son campos requeridos.

¿La persona a vacunar está enferma hoy?*

¿La persona a vacunar ha tenido una reacción importante a alguna vacuna?*

Reacción adversa diagnosticada en HC a

AGREGAR REACCIÓN ADVERSA

Vacuna	Cuadro clínico	¿Tiene contraindicación?	eliminar

¿La persona es alérgica a medicamentos y/o alimentos?*

¿La persona ha tenido convulsiones o algún problema cerebral?*

¿La persona tiene cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmune?*

¿La persona convive con personas de edad avanzada o con cáncer, trasplantes o alguna otra circunstancia que afecte a la inmunidad?*

En el último año, ¿La persona ha recibido una transfusión sanguínea o de productos hemáticos, o inmunoglobulinas?*

¿La persona ha tomado corticoides o medicamentos anticancerosos o ha recibido tratamiento con radioterapia en los últimos 3 meses?*

¿La persona tiene alguna otra enfermedad crónica?*

GUARDAR

3. En el icono del **“OJO”** accedemos a los datos de afiliación del paciente, en la cual se puede editar datos del paciente. Al terminar de actualizar, clic en botón **GUARDAR**

Datos del paciente

Número de CNV: 99999999 N° HC: N° AC:

Tipo de documento: Nro de documento:

Nombres: Apellido paterno:

Apellido materno: Género:

Tipo de seguro: Etnia:

Dirección reniec:

Departamento domicilio*: Lima Provincia domicilio*: Lima Distrito domicilio*: Chorrillos

Dirección actual:

Sector: Teléfono fijo:

Manzana: Lote: Celular:

Visita domiciliaria: Correo electrónico:

ACTUALIZAR

4. Si el paciente está programado la vacunación del día, clic en el botón **“+”**, la fila de vacuna que corresponde.

	R.N.	2 meses	7 meses	12 meses	15 meses
HvB RN	atrasada				+ -
BCG	atrasada				+ -
Pentavalente	HvB Hb DPT	atrasada			+ -
HvB					+ -
Polio		atrasada			+ -
Rotavirus		atrasada			+ -
Neumococo		atrasada			+ -
Influenza pediátrica			atrasada		+ -
SPR				atrasada	+ -
Varicela				atrasada	+ -
AMA					✓ 31/05/18 -
DPT					+ -
DT adulto					+ -
Influenza adulto					+ -
SR					+ -

5.- En este ejemplo, **la fecha y hora (1)** aparece en forma automática, así como los **lotes, fecha de expiración, fabricante de la vacuna (2)**. Si pertenece a un **grupo de riesgo (3)**. Al completar los campos requeridos, clic botón **GUARDAR (4)**.

Los campos con asterisco(*) son campos requeridos.

VACUNA: Neumococo

¿Se colocó la vacuna en otra fecha? ☐ SI ☒ No
 Seleccione "SI" en caso sea una vacuna de fecha pasada

Fecha* 08/06/2018 Hora 10:50 **1**

Lote Fecha expiración **2**

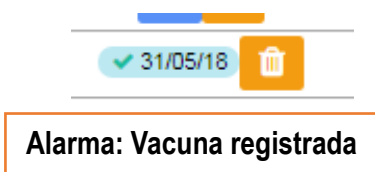
Fabricante **2**

Grupos de riesgo ----- **3**

☐ Tiene comorbilidad

Cancelar Guardar **4**

Recomendación: En un lugar visible de uso exclusivo de enfermera debe tener el listado de los lotes y fabricantes de cada vacuna.



REGISTRO DE VACUNAS APLICADAS

1. La búsqueda del paciente (puede ser por DNI, apellidos y nombres, CNV, carnet de extranjería).
2. En este caso el niño tiene vacunas aplicadas anteriores y que no están registradas del módulo se realiza de la siguiente manera.

	R.N.	2 meses	7 meses	12 meses	15 meses
HvB RN	atrasada				+ -
BCG	atrasada				+ -
Pentavalente		atrasada			+ -
HvB					+ -
Polio		atrasada			+ -
Rotavirus		atrasada			+ -
Neumococo		atrasada			+ -
Influenza pediátrica			atrasada		+ -
SPR				atrasada	+ -
Varicela				atrasada	+ -
AMA					✓ 31/05/18 -
DPT					
DT adulto					+ -
Influenza adulto					+ -
SR					+ -

Clic en botón Más

3. Responder la pregunta **¿Se colocó la vacuna en otra fecha?** Y marcar **SI**, se desbloquea la fecha en la cual selecciona el día que se aplicó la vacuna.
4. Si ese mismo día se aplicó más de una vacuna, se desglosara el listado de las **otras vacunas**.
5. **Escribir el nombre del establecimiento de salud** donde se aplicó la vacuna.
6. Los campos Lote, fecha de expiración, fabricante y nombre comercial son opcionales.
7. Marcar si desea enviar esta información al **HIS MINSA**.
8. Al terminar de llenar, clic en botón **GUARDAR**.

Los campos con asterisco(*) son campos requeridos.

VACUNA: Pentavalente

¿Se colocó la vacuna en otra fecha? ☒ Si ☐ No

Si se marca "Si" en caso sea una vacuna de fecha pasada

Fecha*

Otras vacunas

Establecimiento

Lote Fecha expiración

Fabricante

Nombre comercial

☐ Enviar al his Seleccione si desea que esta vacunación sea migrada al HISMINSA. El establecimiento será obtenido del usuario, el lote, fecha expiración, fabricante son obligatorios. Si se selecciona "Enviar al HIS" la atención sólo debe tener vacunaciones a migrar

☐ Tiene comorbilidad

Con la vacuna ya registrada y también habilita la cita de la próxima vacuna para aplicarse.

<div> <div>✓ 01/06/18</div> <div>✕</div> </div> <div> <div>+</div> <div>✕</div> </div>	<div> <div>01/07/18</div> </div>
--	----------------------------------

LEYENDA DE ALARMAS QUE PRESENTA EN MODULO



Programada según Esquema de vacunación	Vacuna Atrasada	Administrada	Próxima dosis con cita	¡Vacunar Hoy!
--	-----------------	--------------	------------------------	---------------





REPORTE QUE EMITE EL MÓDULO DE INMUNIZACIONES

PARA EL PACIENTE

Carnet Detallado

  Ministerio de Salud		
Carnet de vacunación		
Paciente:		Fecha de nacimiento:
EE.SS:	CESAR LOPEZ SILVA	Fecha de impresión:
08/06/2018		
Su niño está protegido con:		
Vacuna	Protege contra	Fecha vacunación
AMA	Es una vacuna que contiene virus de la fiebre amarilla vivos atenuados y protege a su niño(a) contra esta enfermedad. La fiebre amarilla es frecuente en algunas zonas de nuestro país, causa fiebre, color amarillento de la piel y vómitos, en algunos casos puede complicarse y producir vómitos con sangre, sangrado de boca y fosas nasales e inclusive muerte.	1ª dosis - 31/05/18
Tiene cita próxima para las siguientes vacunas:		
Vacuna	Fecha cita	
Tiene vacunas aún pendientes		
Edad en meses	Vacuna	Fecha programada
18	DPT	1ª dosis - 18/08/18
48	DPT	2ª dosis - 18/02/21

Carnet menor de 5 años

  Ministerio de Salud	
CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO	
N° HC: N° Carpeta FAM:	
Cod. de Afiliación:	
Fecha de Nacimiento: 18/02/2017 CUIDNI: 90085462	
Nombre y Apellidos: STEFANO JOSUE VENTURA ANLAS	
Del Niño:	
De la Madre: DNI:	
Del Padre: DNI:	
Dirección: - - - CALLE LOS ROBLES MZ B-1 LT 12 URB. PASEO DE LA REPUBLICA	
E-mail: Teléfono:	
Establecimiento: CESAR LOPEZ SILVA	
Programa de Apoyo Social:	
VACUNACIÓN (Anotar Fechas):	
Tuberculosis (BCG): (Recién nacido)	
Antihpatitis (HvB): (Recién nacido)	
IPV: Antipolio:	
Fechas de las próximas dosis:	
1ra (2 meses) 2da (4 meses) 3ra (6 meses)	
Pentavalente: (DPT + HvB + HvB)	
Fechas de las próximas dosis:	
1ra (2 meses) 2da (4 meses) 3ra (6 meses)	
Neumococo: menor de 1 año 1 año	
Fechas de las próximas dosis:	
1ra (2 meses) 2da (4 meses) 3ra (12 meses)	
Rotavirus:	
Fechas de las próximas dosis:	
1ra (2 meses) 2da (4 meses)	
Influenza:	
Fechas de las próximas dosis:	
1ra dosis 2da dosis	
Sarampión, Rubéola y Paperas (SPR): Antiamarilla:	
1ra dosis (12 meses) 15 meses: 31/05/2018	
2da dosis (18 meses)	
1er Refuerzo DPT (18 meses) 1er Refuerzo APO (18 meses)	
2do Refuerzo DPT (4 años) 2do Refuerzo APO (4 años)	


Reporte Diario de Vacunación y Seguimiento Menor 5 años

REGISTRÓ DIARIO DE VACUNACION Y SEGUIMIENTO DE MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA (MER), INFLUENZA Y OTROS GRUPOS

Análítico Mensual

[illegible]

Reporte diario detallado

 PERÚ Ministerio de Salud		Oficina General de Tecnologías de la Información		REGISTRO DETALLADO DE VACUNACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD														
A. DIRECCION DE SALUD: B. RED: C. MICRORED: D. ESTABLECIMIENTO: E. FECHA DE VACUNACIÓN:		LIMA CENTRO SAN JUAN DE LURIGANCHO SAN FERNANDO SANTA ROSA DE LIMA 01/09/2018 AL 30/09/2018		F. DEPARTAMENTO: G. PROVINCIA: H. DISTRITO: I. LUGAR DE LA VACUNACIÓN: J. UNIDAD EJECUTORA:		Lima Lima San Juan de Lurigancho 												
N° de Historia clínica del paciente	N° de archivo clínico del paciente	Tipo de documento del paciente	N° de documento del Paciente	CNV	Fecha de nacimiento	Nombres y apellidos del Paciente	Edad año	Edad mes	Edad día	Fecha de vacunación	Vacuna	Dosis	Dosis descripción	Vacunado antes de las 12 horas de nacido	Vacunado antes de las 24 horas de nacido	Fecha de registro de la Vacuna	Lote de la vacuna	Fecha de expiración de vacuna



MIGRACION AL HIS MINSA

Cuando se llena en el módulo de inmunizaciones, **NO** es necesario registrar en el formato HIS física, ya que actualmente está interconectado con el HISMINSA. Presentamos ejemplos de la migración del módulo de inmunizaciones al HIS MINSA.

The screenshot shows the HIS MINSA interface. On the left, there's a sidebar with 'Listado de Hojas' and 'Listado de Registros por Hoja'. The main area displays a table of records. A red arrow points from the 'Listado de Registros por Hoja' section to the 'Registro de Hoja MRS manual' section below.

The screenshot shows the 'Registro de Hoja MRS manual' form for SAN GENARO DE VILLA. The form includes fields for patient data, service, and a table for adding diagnoses.

Código	Descripción	Tipo de Diagnóstico	Valor LAB
1 90657	VACUNA DE INFLUENZA, PARA USO IM	D	

The screenshot shows the 'Atención Paciente' form. The form includes fields for patient data, service, and a table for adding diagnoses.

Código	Descripción	Tipo de Diagnóstico	Valor LAB
1 90723	VACUNAS PENTAVALENTE (DPT+ Hib + Hib)	D	
2 90712	VACUNA ANTIPOLIIO, USO ORAL (APO)	D	