

Manual del Registro y Codificación de la Atención de Salud en la Consulta Externa



Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis

Sistema de Información HIS



PERÚ

Ministerio de Salud

EL PERÚ PRIMERO

Manual de Registro y Codificación de Actividades de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis. Sistema de información HIS / Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnología de la Información / Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis; Lima, Ministerio de Salud, 2019.

ESTADÍSTICAS DE SALUD / INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA DE DATOS / SISTEMAS DE INFORMACIÓN, estadística & datos numéricos / SISTEMA DE REGISTROS / CODIFICACIÓN CLÍNICA / ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD / CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD / ESTRATEGIAS NACIONALES / MANUALES / NORMAS TÉCNICAS.

“Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis - DPVIH”.

Ministerio de Salud, Oficina General de Tecnología de la Información / Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis.

Equipo de Trabajo

- Lic. Patricia María Segura Márquez – Directora Ejecutiva de la DPVIH
- Lic. Gladys María Garro Núñez – Directora Ejecutiva de Gestión de la Información
- Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, jefe de equipo de la Oficina General de Tecnología de la Información
- Lic. Patricia Mardy Ruiz Pizarro – Equipo Técnico de la DPVIH
- Ing. Jorge Luis Cóndor Mateo - Equipo Técnico de la DPVIH
- Obst. Byelca Jazmina Huamán Zevallos – Equipo Técnico de la DPVIH
- Lic. Emilio Olórtegui Arango – Equipo Técnico de la DPVIH
- Lic. Medalith Sulca Saucedo – Equipo Técnico de la DPVIH
- Obst. Marvin Kelly Morales Miranda – Equipo Técnico de la DPVIH
- Ing. Adhemir Reynel Bellido Delgado, Equipo Técnico de la Oficina General de Tecnología de la Información
- Ing. Aldo Enrique Balta Vilca, Equipo Técnico de la Oficina General de Tecnología de la Información
- Ing. Martín Juan Jaramillo Morales, Equipo Técnico de la Oficina General de Tecnología de la Información

Ministerio de Salud

Av. Salaverry 801 Jesús María
Lima 11 – Perú
Teléfono: (51-1) 315-6600
www.gob.pe
webmaster@minsa.gob.pe



SILVIA ESTER PESSAH ELJAY

Ministra de Salud

CLAUDIA UGARTE TABOADA

Viceministra de Salud Pública

JAMES RAPHAEL MORALES CAMPOS

Secretario General

VALENTINA ANTONIETA ALARCÓN GUIZADO

Directora General

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

JHON HENRY GARCÍA RUIZ

Director General

Oficina General de Tecnología de la Información

PATRICIA MARÍA SEGURA MÁRQUEZ

Directora Ejecutiva

Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis

PRESENTACIÓN

En el marco del Decreto Supremo N° 008-2017-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH), como órgano de línea de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, es responsable de formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar la política sectorial para la prevención y control del VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis; dicta normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, realiza seguimiento y evaluación de las políticas planes y programas a cargo.

Las intervenciones de esta Dirección Ejecutiva están orientadas al cumplimiento de la Atención integral de salud de las personas afectadas por VIH, Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis mediante las intervenciones de prevención, manejo clínico, recuperación y soporte; con enfoque basado en género e interculturalidad.

Consideramos que el registro de las atenciones en la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, es de suma importancia en el sistema de información para la consolidación, reporte, análisis y toma de decisiones, que puedan responder a los problemas sanitarios. En este contexto presentamos el Manual de Registro y Codificación de actividades en la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de transmisión Sexual y Hepatitis, para su difusión y homogenización de criterios en la recopilación y codificación de diagnósticos CIE 10 y Catálogo de procedimientos médicos y estomatológicos del Ministerio de Salud.

**MANUAL DE REGISTROS DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS MÁS FRECUENTES**
DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH-SIDA, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y HEPATITIS

Código Diagnóstico	Código Diagnóstico
B200 Asociación TB - VIH/SIDA	B162 Hepatitis Aguda Tipo B, sin Agente Delta, con Coma Hepático
A509 Sífilis Congénita sin otra especificación	B169 Hepatitis Aguda Tipo B, sin Agente Delta y sin Coma Hepático
Con Presencia de Úlcera Genital	B181 Hepatitis Viral Tipo B Crónica, sin Agente Delta
A510 Sífilis Primaria	B180 Hepatitis Viral Tipo B Crónica, con Agente Delta
A511 Sífilis Primaria Anal	B182 Hepatitis viral tipo C crónica
A512 Sífilis Primaria en otros Sitios	B171 Hepatitis aguda tipo C
Con Ausencia de Úlcera Genital	Enfermedades Oportunistas
A513 Sífilis secundaria de piel y membranas mucosas	B200 Asociación VIH/SIDA-TBC
A514 Otras Sífilis Secundarias	B201 Enfermedad por VIH, Resultante en otras Infecciones Bacterianas
A515 Sífilis Latente	B202 Enfermedad por VIH, Resultante en Enfermedad por Citomegalovirus
A519 Sífilis Precoz, sin otra Especificación	B203 Enfermedad por VIH, Resultante en otras Infecciones Virales
A520 Sífilis Cardiovascular	B204 Enfermedad por VIH, Resultante en Candidiasis
A521 Neurosífilis Sintomática	B205 Enfermedad por VIH, Resultante en otras Micosis
A522 Neurosífilis Asintomática	B206 Enfermedad por VIH, Resultante en Neumonía por Pneumocystis Jirovecci.
A523 Neurosífilis no Especificada	B207 Enfermedad por VIH, Resultante en Infecciones Múltiples
A527 Otras Sífilis Tardías Sintomáticas	B208 Enfermedad por VIH, Resultante en otras Enfermedades Infecciosas o Parasitarias
A528 Sífilis Tardía, Latente	B209 Enfermedad por VIH, Resultante en Enfermedad Infecciosa o Parasitaria no Especificada
A529 Sífilis Tardía, no Especificada	B210 Enfermedad por VIH, Resultante en Sarcoma de Kaposi
A530 Sífilis Latente, no Especificada como Precoz o Tardía	B211 Enfermedad por VIH, Resultante en Linfoma de Burkitt
A539 Sífilis no Especificada	B209 Enfermedad por VIH, Resultante en Enfermedad Infecciosa o Parasitaria no Especificada
A549 Gonorrea	B212 Enfermedad por VIH, Resultante en otros Tipos de Linfoma no Hodgkin
A55X Linfogranuloma (venéreo) por clamidias	B213 Enfermedad por VIH, Resultante en otros Tumores Malignos del Tejido Linfoide, Hematopoye
A562 Infección del tracto genitourinario debidas a clamidias, sin otra especificación	B217 Enfermedad por VIH, Resultante en Tumores Malignos Múltiples
A57X Chancro Blando (Chancroide, Ulcus molle)	B218 Enfermedad por VIH, Resultante en otros Tumores Malignos
A58X Granuloma Inguinal (Donovanosis)	B219 Enfermedad por VIH, Resultante en Tumores Malignos no Especificados
A599 Trichomoniasis, sin otra especificación	B220 Enfermedad por VIH, Resultante en Encefalopatía
A600 Infección anogenital debida a virus de herpes simple (Herpes Genital Simple)	B221 Enfermedad por VIH, Resultante en Neumonitis Linfoide Intersticial
A630 Verrugas (Venéreas) Anogenitales (Condiloma Acuminado)	B222 Enfermedad por VIH, Resultante en Síndrome Caquético
A590 Trichomoniasis Urogenital	B227 Enfermedad por VIH, Resultante en Enfermedades Múltiples Clasificadas en otra parte
A64X1 Síndrome de Bubón Inguinal	B230 Síndrome de Infección Aguda debida a VIH
A64X4 Síndrome de Úlcera Genital	B231 Enfermedad por VIH, Resultante en Linfadenopatía Generalizada (Persistente)
A64X5 Síndrome de Dolor Abdominal Bajo	B232 Enfermedad por VIH, Resultante en Anormalidades Inmunológicas y Hematológicas, no Clasif
A64X6 Síndrome de Secreción Uretral	
A64X7 Proctitis	
A64X9 Síndrome de Flujo Vaginal	
B081 Molusco Contagioso	
B24X SIDA	
B373 Candidiasis de la vulva y de la vagina (Candidiasis Vaginal)	
B853 Pediculosis del Pubis	
B968 Vaginosis Bacteriana	
N72X Cervicitis	
Z113 Examen de pesquisa especial para Infecciones de Transmisión predominantemente sexual (AMP)	
B160 Hepatitis Aguda Tipo B, con Agente Delta (Coinfección), con Coma Hepático	
B161 Hepatitis Aguda Tipo B, con Agente Delta (Coinfección), sin Coma Hepático	



B238 Enfermedad por VIH, Resultante en otras Afecciones Especificadas
A072 Criptosporidium
B451 Criptococosis cerebral
A073 Isosporiasis
A50 Sífilis congénita

Diagnóstico VIH

B230 Síndrome de infección aguda debida a VIH
B24X Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación
Z2061 Hijo de Madre infectada VIH
Z21X1 Infección por VIH sin SIDA
Z21X2 Infección Perinatal por VIH

Transmisión Materno Infantil

O984 Hepatitis viral que complica el embarazo, el parto y el puerperio (Especificar tipo de Hepatitis, B, C)
O987 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio
O981 Sífilis que complica el embarazo, el parto y el puerperio

Código	Procedimientos
99401.33	Consejería Pre Test para VIH
99401.34	Consejería Post Test para VIH - Resultado No Reactivo
99403.03	Consejería Post Test para VIH - Resultado Reactivo
99402.16	Consejería de Soporte a Personas que Viven con VIH/SIDA
99199.16	Obtención/Toma de muestra para ITS
99199.11	Administración de Tratamiento
99199.12	Administración de Terapia Preventiva para Tuberculosis (TPTB)
99199.13	Administración de Terapia Preventiva con Cotrimoxazol (TPC)
99199.14	Administración de Tratamiento preventivo/profiláctico para recién nacido, hijo de Madre VIH (+)
99199.15	Lactancia Artificial a RN de Madre VIH (+)
99351	Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave (HSH - Transgénero - Trabajador(a) Sexual)
99402.05	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
Z5781	Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos (VIH)
U0064	Actividades de ESPCVIH
83898	Prueba de PCR (Reacción en cadena de polimerasa) para VIH
86706	Detección de anticuerpos para HBs-Ag (Prueba Rápida)
86780	Anticuerpo: Treponema Pallidum (Tamizaje de Sífilis)
86593	Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa
90744	Vacuna Hepatitis B (HVB)
86703	Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único
87389	Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único
87340	Detección de antígeno de superficie de virus de Hepatitis B (HBsAg) por ELISA
87342	Detección cualitativa de antígeno de superficie del virus de hepatitis B (HBsAg) en muestra de sangre entera, suero o plasma, por prueba rápida de un solo paso (Prueba Rápida)
82397	Prueba ensayo de quimioluminiscencia (Realizado en Laboratorio o Banco de Sangre)
99208.02	Provisión de preservativos
99208.03	Provisión de lubricantes
Z202	Contacto con y exposición a enfermedades infecciosas con un modo de transmisión predominantemente sexual
90806.01	Estudio Psicológico inicial
90806.05	Evolución Psicológica
99210	Atención de Servicio Social
99210.04	Seguimiento Social
99205	Atención de Enfermería en I nivel de atención
99205.01	Atención de Enfermería en I nivel de atención (Administración de Tratamiento)
99206	Atención de enfermería en II, III nivel de atención

Código	Procedimientos para Actividades Preventivo Promocionales
C0008	Taller para personal de salud
C0009	Sesión Educativa
C0010	Sesión Demostrativa
C3152	Sesión para Formación de Educadores Pares

BASE LEGAL

- **Ley N° 26626**, Ley que encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.
- **Ley N° 26842**, Ley General de Salud.
- **Ley N° 28243**, Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual.
- **Ley N° 28983**, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres.
- **Ley N° 30024**, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y su reglamento aprobada con Decreto Supremo 039-2015.
- **Decreto Legislativo N° 1161**, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- **Decreto Supremo N° 013-2006-SA**, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- **Decreto Supremo N° 027-2015-SA**, aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- **Decreto Supremo N° 008-2017-SA**, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su modificatoria.
- **Resolución Ministerial N° 1328-2003 SA/DM**, que aprueba la “Norma Técnica para el Sistema de Articulación de Servicios de Consejeros Educadores de Pares para Personas que viven con VIH/SIDA” NT N° 003-MINSA/DGSP-V 01.
- **Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA**, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”.
- **Resolución Ministerial N° 242-2009/MINSA**, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 022-MINSA/DGSP-V.01, “Directiva Sanitaria para la distribución del Condón masculino a usuarios/as en servicios de Salud”.
- **Resolución Ministerial N° 263-2009/MINSA**, que aprueba la NTS N° 077-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú, y su modificatoria aprobada con Resolución Ministerial N° 084-2012/MINSA.
- **Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA**, que aprueba el “Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA”.
- **Resolución Ministerial N° 566-2011/MINSA**, que aprueba la NTS N° 092-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis Viral B en el Perú”.
- **Resolución Ministerial N° 726-2013/MINSA**, que aprueba la NTS N° 102-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Tratamiento Antirretroviral de los Niños, Niñas y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)”.
- **Resolución Ministerial N° 567-2013/MINSA**, que aprueba la NTS N° 102-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Tratamiento Antirretroviral de los Niños, Niñas y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)”.
- **Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA**, que aprueba la “Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud”
- **Resolución Ministerial N° 619-2014/MINSA**, que aprueba la NTS N° 108 – MINSA/DGSP – V 01 “Norma Técnica de Salud para la prevención de la Transmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis”.
- **Resolución Ministerial N° 117-2015/MINSA**, que aprueba la NTS N° 115 – MINSA/DGE – V.01 “Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú”.
- **Resolución Ministerial N° 980-2016/MINSA**, que aprueba la NTS N° 126-MINSA/2016/DGIESP “Norma Técnica de Salud de Atención Integral de la Población Trans Femenina para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA” y su modificatoria RM N° 715-2017/MINSA, que modifica el sub numeral 4.4.1.
- **Resolución Ministerial N° 985-2016/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B, en el Perú 2017-2021".
- **Resolución Ministerial N° 1012-2016/MINSA**, que aprueba la NTS N° 129-MINSA/2016/DGIESP "Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en Pueblos Indígenas

Amazónicos, con pertinencia intercultural" y su modificatoria aprobada por Resolución Ministerial N° 716-2017/MINSA, que modifica el sub numeral 6.4.3.

- **Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA**, que aprueba Documento técnico: “Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud”
- **Resolución Ministerial N° 1001-2017/MINSA** que aprueba la Directiva Administrativa N° 241-MINSA/2017/DGAIN “Proceso de actualización de los catálogos de los Identificaciones Estándar de Datos en Salud (IEDS) N° 001 Y 005”.
- **Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA**, que aprueba Directiva Administrativa N° 242-MINSA/2017/DGAIN “Directiva administrativa que establece la Cartera de Atención de Salud en los establecimientos de salud en el primer nivel de atención”
- **Resolución Ministerial N° 116-2018/MINSA** que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID “Gestión del Sistema integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – SISMED”.
- **Resolución Ministerial N° 215-2018/MINSA**, aprueba la NTS N° 097–2018/MINSA/DGIESP-V.03 “Norma Técnica de Salud para la atención Integral del Adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”.
- **Resolución Ministerial N° 895-2018/MINSA**, aprueba la NTS N° 143–2018/MINSA/DGIESP, “Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la coinfección Tuberculosis y Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Perú”
- **Resolución Ministerial N° 1317-2018/MINSA**, que aprueba la NTS N° 145-MINSA/2018/DGIESP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis Viral C en el Perú”.
- **Resolución Ministerial N° 1330-2018/MINSA**, que aprueba la NTS N° 146-MINSA/2018/DGIESP, “Norma Técnica de Salud para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis Viral B en el Perú”.

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH-SIDA, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y HEPATITIS

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales.

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

Esta estrategia desarrolla actividades de atenciones de salud y actividades preventivo promocionales (APP) orientadas a la promoción, prevención y control de ITS/VIH y SIDA

A. ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, pertenencia étnica, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento y servicio 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 laboratorio. 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 y 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 laboratorio presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación

En el ítem Lab tener en cuenta si una actividad o diagnóstico se ha realizado a:

- **TS** Trabajador/a Sexual
- **HSH** Hombre que tiene sexo con hombre
- **TRA** Transgénero
- **HTS** HSH que es TS
- **TTS** Transgénero que es TS
- **ST** Trabajador de Salud
- **G** Gestante
- **P** Puérpera
- **PPL** Persona Privada de su Libertad
- **[En blanco]** Población General

CONSEJERÍA INDIVIDUAL PARA TAMIZAJE DE ITS, y VIH/SIDA (4395901)

Definición Operacional.- Es el abordaje entre el consejero y el usuario que se realiza en los servicios de salud, bancos de sangre, actividades extramurales (brigadas itinerantes, visitas domiciliarias, organizaciones de base comunitaria, ferias, campañas y otros espacios, por el personal de salud, equipos AISPED); con la finalidad de brindar información, sobre las medidas preventivas y evaluar riesgos de exposición a las ITS (Sífilis, Hepatitis, Gonorrea y otros), y VIH; así mismo, proporcionar información sobre el uso correcto y consistente del condón, además de la entrega de los mismos.

CONSEJERÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE ITS (Sífilis, Hepatitis, Gonorrea y otros)

Definición Operacional.- Está orientada a reforzar la motivación para promover cambios de comportamiento sexuales de riesgo. Facilita la comprensión y solución de problemas emocionales y físicos que él o la consultante presenta en relación con el diagnóstico de ITS. La actividad de registro será “Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B”.

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

- En el casillero 1º se registra la actividad de “Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B”

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º anote el tipo de población con la sigla de la **POBLACIÓN EN RIESGO** según el siguiente detalle:



- [En Blanco] = Población General
- TS = Trabajador Sexual
- HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
- TRA = Transgénero
- HTS = HSH que es TS
- TTS = Transgénero que es TS
- G = Gestante
- PPL = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
D I A	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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___													
26	66682502	10	Junín	16	A	M	P		PESO		N	N	1. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402.05	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			P	D	R		
	43454	58	Junín		D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb		R	R				P	D	R	

PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTE

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

- En casillero 1º registrar “Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente” y el correspondiente número de control: 1, 2 ,3... según corresponda.
- En los siguientes casilleros las demás actividades y procedimientos del control [*dentro de ellas la consejería en ITS*]

En el ítem Tipo de diagnóstico

- Para el registro de “Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B” en el casillero [*Tipo de diagnóstico*] marcar sólo por primera vez como “D” para contabilizar el número de adolescentes que vengan por primera vez durante el año; cuando reciba la 2da, 3ra o más consejerías registrar como “R” de actividad repetitiva. Esto permitirá diferenciar el número de personas que reciben consejería durante el año en relación al número de consejerías realizadas en la misma persona.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
D I A	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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Diana Saenz Ricaldi						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___													
26	66682502	58	Huancayo	16	A	M	P		PESO		N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z003	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z006
	43454				D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb		R	R				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

Cuando el adolescente requiera de más consejerías en prevención de ITS, registrar “R” en [Tipo de Diagnóstico]

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
D I A	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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___													
26	66682502	58	Huancayo	16	A	M	P		PESO		N	N	1. Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z003	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		Z006
	43454				D	F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb		R	R			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	

Modelo de abordaje y tamizaje en adolescentes

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Natalhie Rutte Ramos						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___													
02	32515851	10	Pangoa	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P	C		PESO		N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.33
	32515851	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	<input checked="" type="checkbox"/>	P	a		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN
<input checked="" type="checkbox"/>				D	<input checked="" type="checkbox"/>	F	a	b		Hb		R	R	3. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.34
												N	N	4. Anticuerpo; Treponema Pallidum	p	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86780
												C	C	5. Detección de Hepatitis B (HBsAg)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	87342
												R	R	6. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	p	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402.05

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ITS POR MANEJO SINDRÓMICO

El manejo sindrómico de las ITS es una herramienta de salud pública promovida por la OMS que permite el manejo oportuno y adecuado de los casos con sintomatología de ITS. Se basa en la identificación de síntomas y/o signos fácilmente reconocibles (un síndrome) y la administración de tratamiento para las etiologías más frecuentes del mismo.

Los síndromes de ITS incluidos en el manejo sindrómico son:

- ⇒ Descarga Uretral en hombres (**A64X6**)
- ⇒ Dolor Abdominal Bajo en mujeres (**A64X5**)
- ⇒ Úlcera Genital en hombres y mujeres (**A64X4**)
- ⇒ Bubón Inguinal en hombres (**A64X1**)
- ⇒ Flujo Vaginal compatible con ITS (**A64X9**)
- ⇒ Proctitis en hombres (**A64X7**)

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Sindrómico
- En los demás casilleros las actividades realizadas por el prestador en el momento de la atención (consejería, tratamiento, toma de muestra, etc.)

En el ítem **Tipo de diagnóstico** marque:

- En el casillero 1º "D" cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica.
- En los siguientes casilleros los demás procedimientos considerando que la "Consejería" deberá consignar en [**Tipo de Diagnóstico**] "D" siempre que sea la 1ra consejería; a partir de la 2da consejería marcar "R".

El tipo de diagnóstico "D" debe ser registrado cuando se tenga una confirmación diagnóstica. En las siguientes atenciones que pertenezcan al mismo episodio de enfermedad debe registrarse SIEMPRE con el tipo de diagnóstico "R".

Paciente con diagnóstico de Flujo Vaginal compatible a ITS



Para el caso de Población General el registro de Síndrome de Flujo Vaginal debe contar con la indicación de que es por transmisión sexual; para ello se utiliza la sigla "ITS" en el campo Lab del diagnóstico que permita realizar esta puntualización; en caso contrario el campo Lab debe dejarse en blanco.

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Sindrómico
- En los demás casilleros las actividades realizadas por el prestador en el momento de la atención (consejería, tratamiento, toma de muestra, etc.)

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del diagnóstico: **"ITS"** si el Síndrome de Flujo vaginal es compatible a ITS
- En el casillero 2º Registrar **"IA"** para indicar que inicia tratamiento o **"TA"** cuando se concluya el tratamiento, según corresponda
- En el casillero 3º, la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO según el siguiente detalle:
 - [En Blanco]** = Población General
 - TS** = Trabajador Sexual
 - HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA** = Transgénero
 - HTS** = HSH que es TS
 - TTS** = Transgénero que es TS
 - G** = Gestante
 - PPL** = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
D I A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCI A	ED AD	S E X O	PERIME TRO CEFALI CO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ES TA BL ECI MIE NT O	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTIC O			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
2 6	85124565	10	Huamanga	3 6	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Síndrome de Flujo Vaginal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ITS	A64X9
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	C			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	99199.11
	13562	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	P			Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402.05

Cuando la paciente acuda por una segunda vez en el mismo año con el mismo síndrome
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el casillero 1º el Diagnóstico Síndrómico
- En el casillero 2º Administración de Tratamiento
- En El casillero 3º Consejería /Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el casillero 1º del Diagnóstico Síndrómico marque "D" por tratarse de un nuevo episodio
- En el casillero 3º de la Consejería marque "R", toda vez que la paciente ya recibió *Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B*, en una atención anterior

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del diagnóstico: **"ITS"** si el Síndrome de Flujo vaginal es compatible a ITS
- En el casillero 2º **"TA"** cuando se concluya con el tratamiento

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
D I A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCI A	ED AD	S E X O	PERIME TRO CEFALI CO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ES TA BL ECI MIE NT O	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTIC O			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
1 5	85124565	10	Huamanga	3 6	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Síndrome de Flujo Vaginal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ITS	A64X9
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	C			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	99199.11
	13562	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	P			Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99402.05

Cuando se atiende población en riesgo
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el casillero 1º el Diagnóstico Síndrómico
- En el casillero 2º Administración de Tratamiento
- En El casillero 3º Consejería /Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el casillero 1º del Diagnóstico Síndrómico marque "D" por tratarse de un nuevo episodio
- En el casillero 3º de la Consejería marque "D", si se trata de la primera atención de consejería en el año

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del diagnóstico: **"ITS"** si el Síndrome de Flujo vaginal es compatible a ITS
- En el casillero 2º **"TA"** cuando se concluya con el tratamiento



- En el casillero 3º de la Consejería, anote la sigla de la población en riesgo.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22	
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIEN TO	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
1	85456254	10	La Merced	3 1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		N	N	1. Síndrome de Flujo Vaginal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ITS	A64X9
					M						2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	99199.11
	85456254	58			D	F	P			R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS

Debe marcar "D" en [Tipo de Diagnóstico] que corresponde a la "Consejería" sólo cuando la población reciba la Primera Consejería en ITS en el año, lo que permitirá obtener el número de personas con consejería en ITS.

En el caso de que el flujo vaginal NO esté asociada a ITS

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22	
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIEN TO	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
6	71254598	10	Jauja	3 7	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		N	N	1. Síndrome de Flujo Vaginal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A64X9
					M				C	C	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	99199.11
	71254598	58			D	F	P			R	R	3. Consejería Preventiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

Otros Diagnósticos Síndromicos

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Síndromico

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º "IA" cuando inicia el tratamiento y "TA" para el término del procedimiento del tratamiento
- En el casillero 3º La sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO según el siguiente detalle:
 - [En Blanco] = Población General
 - HTS = HSH que es TS
 - TS = Trabajador Sexual
 - TTS = Transgénero que es TS
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - G = Gestante
 - TRA = Transgénero
 - PPL = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22	
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIEN TO	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
0 1	93546921	58	Pangoa	3 6	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		N	N	1. Síndrome de Descarga Uretral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A64X6
					M				C	C	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	99199.11
	86470				D	F	P			R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

Si el paciente presenta 2 ó más síndromes anotar todo en un mismo registro

- En el casillero 3º de la Consejería, anote la sigla de la población en riesgo.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIME TRO CEFALI CO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ES TABL ECI MIEN TO	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
1	85456254	10	La Merced	3 1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO		N	N	1. Síndrome de Flujo Vaginal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ITS	A64X9
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	99199.11
	85456254	58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	P			Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS	99402.05

Debe marcar "D" en [Tipo de Diagnóstico] que corresponde a la "Consejería" sólo cuando la población reciba la Primera Consejería en ITS en el año, lo que permitirá obtener el número de personas con consejería en ITS.

En el caso de que el flujo vaginal NO esté asociada a ITS

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIME TRO CEFALI CO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ES TABL ECI MIEN TO	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
6	71254598	10	Jauja	3 7	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO		N	N	1. Síndrome de Flujo Vaginal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A64X9
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			TALLA		C	C	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	99199.11
	71254598	58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	P			Hb		R	R	3. Consejería Preventiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402

Otros Diagnósticos Síndromicos

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Síndromico

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º "IA" cuando inicia el tratamiento y "TA" para el término del procedimiento del tratamiento
- En el casillero 3º La sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO según el siguiente detalle:
 - [En Blanco] = Población General
 - TS** = Trabajador Sexual
 - HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA** = Transgénero
 - HTS** = HSH que es TS
 - TTS** = Transgénero que es TS
 - G** = Gestante
 - PPL** = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIME TRO CEFALI CO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ES TABL ECI MIEN TO	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
0 1	93546921	58	Pangoa	3 6	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO		N	N	1. Síndrome de Descarga Uretral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A64X6
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			TALLA		C	C	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	99199.11
	86470				<input checked="" type="checkbox"/>	F	P			Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402.05

Si el paciente presenta 2 ó más síndromes anotar todo en un mismo registro

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
D I A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	ED AD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /											
0 1	93546921	10	Pangoa	3 6	M	P C	PESO	N	N	1. Síndrome de Úlcera Genital	P	X	R	A64X4			
	86470	58	Pangoa				D	F	P a b	TALLA	X	X	2. Síndrome de Descarga Uretral	P	X	R	A64X6
										Hb	R	R	3. Administración de Tratamiento	P	X	D	TA
										1. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	X	R	99402.05			
										P	D	R					
										R	R		P	D	R		



Si la consejería y/o tratamiento se realizan en distintos momentos y/o por diferentes prestadores, el registro de cada prestador de salud deberá SIEMPRE consignar el Documento de Identidad del paciente.

Paciente con diagnóstico y tratamiento atendido por el mismo prestador

- En el casillero 1º el Diagnóstico Síndromico
- En los demás casilleros las actividades realizadas por el prestador en el momento de la atención (consejería, tratamiento, toma de muestra, etc.)

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el casillero 1º Marque "D" cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del campo Lab registre:
La sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO según el siguiente detalle:
 - [En Blanco]** = Población General
 - HTS** = HSH que es TS
 - TS** = Trabajador Sexual
 - TTS** = Transgénero que es TS
 - HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - G** = Gestante
 - TRA** = Transgénero
 - PPL** = Persona privada de su libertad
- En el casillero 2º "TA".

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
D I A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	ED AD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Julio García Donoso						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
2 6	46757912	10	Chupaca	3 9	M	P C	PESO	N	X	1. Síndrome Úlcera Genital	P	X	R	A64X4				
	46757912	58	Chupaca				D	F	P a b	TALLA	X	C	2. Administración de Tratamiento	P	X	R	TA	99199.11
										Hb	R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	X	R	TS	99402.05

Si el paciente es tratado por el mismo prestador que diagnostica, todos los procedimientos realizados serán anotados en un mismo registro.

Cuando el diagnóstico y el tratamiento lo realizan diferentes prestadores:

En el caso que el paciente haya sido diagnosticado y pase a otro prestador para que le brinden consejería e inicie tratamiento:

El registro del diagnóstico:

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Síndromico

- En los demás casilleros otras actividades y/o procedimientos.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ES TA BL E C I M I E N T O	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Leo Cuadrado Cavero						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
1	78526224	10	Tarma	4 1	M	P C	PESO	N	N	1. Síndrome Descarga Uretral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A64X6			
	86263	58	Tarma				D	F	P a b	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	HSH	99402.05
										Hb	R	R	3.	P	D	R		

El registro del tratamiento: [Realizado por un prestador diferente al que realizó el diagnóstico]

En el ítem Tipo de Diagnóstico marque:

- En el casillero 1º [Tipo de diagnóstico] SIEMPRE "R"

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º "IA" para indicar que inicia tratamiento o "TA" cuando se concluya el tratamiento, según corresponda
- En el casillero 3º de la Consejería: La sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO [si pertenece a uno]

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 3º de la Consejería marque "R" toda vez que en la atención previa, el profesional de la salud ya brindó Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL E C I M I E N T O	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Renzo Leon Meza						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
1	78526224	10	Tarma	4 1	M	P C	PESO	N	N	1. Síndrome Descarga Uretral	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		A64X6			
	86263	58	Tarma				D	F	P a b	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	99199.11
										Hb	R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	HSH	99402.05

Si el paciente es tratado por el mismo prestador que realiza el diagnóstico, se deberán llenar todas las actividades realizadas en un mismo registro.

Como parte de la atención integral la Estrategia tiene normada la entrega de condones en los siguientes casos:

- ⇒ Población General por consejería en ITS
- ⇒ Población General en consejerías pre y post test
- ⇒ Población General en campañas
- ⇒ Personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS)
- ⇒ Trabajadores Sexuales (varones y mujeres), HSH, Transgéneros en Atención Médica Periódica, Consejería pre y post test
- ⇒ Trabajadores Sexuales (varones y mujeres), HSH, Transgéneros en Intervenciones de PEPs, campañas, etc.



La entrega de preservativos no será registrada en el sistema de información HIS, la fuente de datos para la distribución de preservativos serán las recetas despachadas de Farmacia (SISMED).



ITS CON MANEJO ETIOLÓGICO

Se denomina manejo etiológico cuando el diagnóstico se basa en el hallazgo del agente causal o la confirmación de su presencia a través de pruebas serológicas, microbiológicas y otras de apoyo diagnóstico.

Están considerados los siguientes diagnósticos:

- ⇒ Trichomoniasis
- ⇒ Gonorrea
- ⇒ Clamidiasis
- ⇒ Sífilis

Para realizar el diagnóstico de manejo etiológico es necesaria la confirmación diagnóstica, por lo que el registro de la primera intervención deberá registrarse como presuntivo, para luego ser confirmado y registrarse como definitivo o descartado con una prueba de laboratorio, según normatividad vigente.

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico
- En el casillero 2º Obtención de muestra
- En los demás casilleros las actividades y/o procedimientos que realice el prestador como consejería, tratamiento, etc, de acuerdo a la atención brindada

El registro de las actividades de Tratamiento y Consejería se manejan al igual que para el manejo Síndrómico.

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el casillero 1º marque "P"
- En los siguientes casilleros todas las actividades y/o procedimientos.
- En el casillero de Consejería marque "D" sólo en la primera Consejería en el año, en las demás oportunidades marcar "R"

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 3º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - ST = Trabajador de Salud
 - G = Gestante
 - PPL = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___									
5	69526224	10	Jauja	3 7	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		N	N	1. Trichomoniasis	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	A599
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Obtención de muestra	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99199.16
	67565	58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	a	b		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
D I A	D.N.I.	FINAN C. 1	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___									
6	25852515	10	Tarma	3 6	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		N	N	1. Infección Gonocócica, no especificada	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	A549
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Obtención de muestra	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99199.16
	85462	58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	a	b		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R

Cuando el resultado de la muestra es Positivo

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



Cuando la administración de tratamiento consta de dosis periódicas

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Luisa Aguilera Donoso						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
9	85249875	10	Chupaca	3 6	M	P C	PESO		N	N	1. Sífilis Primaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A510			
	40325	58	Ahuac				D	F	P a b	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA 99199.11
										Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS 99402.05

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Luisa Aguilera Donoso						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
1 6	85249875	10	Chupaca	3 6	M	P C	PESO		N	N	1. Sífilis Primaria	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	A510			
	40325	58	Ahuac				D	F	P a b	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2 99199.11
										Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TS 99402.05

TÉRMINO DE TRATAMIENTO

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico
- En los demás casilleros las actividades realizadas por el prestador en el momento de la atención (consejería, tratamiento, etc.)

En el ítem Tipo de Diagnóstico marque:

- En el casillero 1º [**del diagnóstico confirmado**] "R"
- En el casillero 2º y 3º marque "R" por tratarse de procedimientos repetidos durante en el mismo año

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º "TA" para indicar que se concluyó el tratamiento.
- En el casillero de la Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO [**en el caso de Población General dejar en blanco**]
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **G** = Gestante
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Luisa Aguilera Donoso						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
2 3	85249875	10	Chupaca	3 6	M	P C	PESO		N	N	1. Sífilis	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	A510			
	40325	58	Ahuac				D	F	P a b	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TA 99199.11
										Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TS 99402.05

Si la consejería y el tratamiento fueran administrados por el mismo prestador se anota en un mismo registro, NO HAY NECESIDAD DE SEPARAR LOS REGISTROS SI TODAS LAS ACTIVIDADES LAS REALIZA UN MISMO PRESTADOR.

Cuando el diagnóstico y el tratamiento lo realizan diferentes prestadores:
Para el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el casillero 1º el Diagnóstico

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del diagnóstico la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO [*en el caso de Población General dejar en blanco*]

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22	
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECCI MIEN TO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Jacky Aguilera Donoso						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___										
6	69526224	10	Tarma	3 7	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		N	N	1. Trichomoniasis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS	A599
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R		
	67565	58	Palca		<input checked="" type="checkbox"/>	D	P		R	R		P	D	R		

El registro del tratamiento: [Realizado por un prestador diferente al que realizó el diagnóstico]
En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º "IA" para indicar que inicia tratamiento o "TA" cuando se concluya el tratamiento, según corresponda.
- En el casillero 3º de la Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO [*en el caso de Población General dejar en blanco*]

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22	
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECCI MIEN TO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___										
2	69526224	10	Satipo	3 7	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		N	N	1. Trichomoniasis	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		A599
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	99199.11
	67565	58	Rio Negro		<input checked="" type="checkbox"/>	D	P		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS	99402.05

Si el diagnóstico, consejería y tratamiento fueran administrados por diferentes prestadores cada uno de ellos deberá registrar las actividades y/o procedimientos realizados en el HIS, verificando SIEMPRE que el diagnóstico NO SE REGISTRE MÁS DE UNA VEZ COMO TIPO DE DIAGNÓSTICO "D" sino como TIPO DE DIAGNÓSTICO "R".

ATENCIÓN A UN CONTACTO DE ITS (Manejo Síndrómico o Etiológico)

Son todas las parejas con las que el caso índice tuvo relaciones sexuales en un determinado periodo previo al inicio de los síntomas o del diagnóstico de la ITS. La duración del periodo previo varía para cada síndrome o ITS; es de 60 días en caso de síndromes o infecciones causadas por N. gonorrhoeae, C. trachomatis o Trichomonas vaginalis; de 90 días en caso de síndrome de úlcera genital, y de 9 meses en caso de sífilis secundaria, latente temprana o casos índice con serologías >1/32. La adecuada identificación y tratamiento de los contactos de un caso de ITS es crucial para la efectiva interrupción de la transmisión de ITS.

Para el registro del Contacto se deberá realizar lo siguiente:

- Anteceder la sigla "CI", luego un número correlativo del número de contacto, seguido del número de HC del caso índice.

Ejemplo: HC del caso índice = 22556677

⇒ El contacto 1 será registrado con CI1-22556677

⇒ El contacto 2 será registrado con CI2-22556677

- Los datos de identificación como DNI, edad, sexo, etc. deberán ser registrados con los datos del CONTACTO, NO DEL CASO ÍNDICE. *Esto evitará que existan problemas de restricción en el ingreso de diagnósticos.*
- Siempre que se realice una actividad en algún contacto se deberá utilizar el código "Z202 Contacto con y Exposición a Enfermedades Infecciosas con un modo de Transmisión Predominantemente Sexual" que para efectos de registro será "Contacto con y Exposición a ITS".



En el ítem H.C./F.F. anote:

La HC del caso índice antecedido de la sigla "CI-" y el número correlativo que corresponda (CI-#####)

En las variables condición al EESS, Servicio, Edad, Sexo deben ser los del contacto

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud registro:

- En el casillero 1º el Diagnóstico [*del Caso Índice*]
- En el casillero 2º Contacto con y Exposición a ITS
- En el casillero 3º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 4º Administración de tratamiento

En el ítem **Tipo de diagnóstico** marque:

- En el casillero 1º **SIEMPRE "R"**
- En el casillero 2º solo **"D"** cuando se identifica al contacto, en los siguientes controles **"R"**

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente [*contacto*]
- En el casillero 4º **"IA"** para indicar que inicia tratamiento o **"TA"** cuando se concluya el tratamiento, según corresponda.

Es importante identificar a la población que recibe por primera vez con una consejería en ITS para poder determinar el número de personas con consejería en ITS, para ello marque "D" en [Tipo de diagnóstico] si es la primera consejería en el año.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____									
02	44444444	10	Junin	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		N	N	1. Síndrome de Descarga Uretral	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	A64X6
	C11- 22556677	58	Huayre		<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Contacto con y Exposición a ITS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z202
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	a		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS 99402.05
									N	N	1. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA 99199.11
									C	C		P	D	R	
									R	R		P	D	R	

SÍFILIS

Las pruebas para el Tamizaje de Sífilis pueden ser realizadas a través de:

- ⇒ Prueba Rápida de Sífilis (Cualitativa) → código "86780"
- ⇒ RPR o VDRL (Cuantitativa) → código "86593"

Toda vez que Laboratorio no registra información en el HIS, el prestador deberá anotar el procedimiento "86593" con su respectivo resultado "RP" o "RN"



PRUEBAS RÁPIDAS PARA SÍFILIS:

Es una prueba inmunocromatográfica (dan reacción de color que permite leerse a simple vista) que detecta anticuerpos contra *T. pallidum* en muestras de sangre total o suero.

Las pruebas rápidas para Sífilis confirmatorias o treponémicas son muy útiles en población general y gestantes. Estas son poblaciones con baja prevalencia de Sífilis de modo que si se encuentra la prueba positiva, se debe proceder a dar tratamiento. Estas pruebas no se recomiendan para uso en poblaciones de alta prevalencia de transmisión de ITS ya que por la elevada probabilidad que represente una infección pasada y ya tratada, no nos permite identificar a las personas que requiere tratamiento. Sin embargo, especialmente con poblaciones de alta prevalencia que tienen poco acceso a servicios de salud, la prueba rápida de Sífilis puede permitir detectar casos y tratarlos inmediatamente y así no perder la oportunidad de tratamiento.

PRUEBAS NO TREPONÉMICAS PARA SEROLOGÍA DE SÍFILIS:

Son pruebas de laboratorio que detectan la presencia de anticuerpos no específicos contra el *Treponema Pallidum* en sangre. Usualmente son positivas luego de 1 y hasta 4 semanas de presentarse la úlcera genital (chancro duro) y negativizan 6 a 12 meses después del tratamiento adecuado, por lo que los resultados expresados en diluciones del suero se usan para monitorear la respuesta al tratamiento. Estas pruebas permiten identificar a las personas que requieren tratamiento, y se negativizan en la mayoría de los casos luego del curso de tratamiento. Sin embargo, hay que recordar que existen falsos positivos, como en el 2% de gestantes, y que un porcentaje de personas pueden mantener diluciones bajas (menos de 4 diluciones por ejemplo) a pesar de estar curadas. Esto último es más frecuente entre personas con infecciones por sífilis repetidas. Además existen falsos negativos como el llamado fenómeno de prozona que sucede cuando la muestra es fuertemente reactiva. Cuando esto se sospecha se recomienda diluir la muestra. Las más conocidas son el Rapid Plasma Reagin (RPR) y el Venereal Disease Research Laboratory (VDRL).

Resultado de la muestra de RPR reactivo para Sífilis

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

- En el casillero 1º el diagnóstico de Sífilis
- En el casillero 2º Anticuerpo: *Treponema Pallidum* (**Tamizaje para Sífilis**)
- En los demás casilleros las actividades que realice como consejería, tratamiento, etc.

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el casillero 1º [**del diagnóstico confirmado**] "D"
- En el casillero 2º "RP" de resultado positivo

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 3º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - ST = Trabajador de Salud
 - PPL = Persona privada de su libertad
 - P = Puérpera
- En el casillero 4º En el casillero 3º "IA" al iniciar el tratamiento y "TA" cuando se concluya el tratamiento

En el ítem Código, considere los siguientes:

- Con Presencia de Úlcera Genital los códigos A510, A511, A512.
- Con Ausencia de Úlcera Genital los códigos A513, A514, A515, A519, A52, y A53 (todas las sub categorías).



7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
D I A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	ED AD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
0 2	69526224	10	Pichanaky	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO		N	N	1. Sífilis genital primaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A510
	67565	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anticuerpo: Treponema Pallidum	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	86780	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P	99402.05	
													1. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	99199.11	
															P	D	R		
															P	D	R		

Utilice la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO en la Consejería para identificar el grupo riesgo o deje en blanco para población general; en el caso de Gestante utilice el código O981 (Sífilis que complica el embarazo) para el

ABANDONO AL TRATAMIENTO

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
D I A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	ED AD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
1 5	69526224	10	Pichanaky	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO		N	N	1. Sífilis genital primaria	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		A510
	67565	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	AB	99199.11	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			Hb		R	R		P	D	R			

Tamizaje realizado a través de Prueba Rápida

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

- En el casillero 1º Anticuerpo: Treponema Pallidum (**Tamizaje para Sífilis**)
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º "RN" de Resultado Negativo
- En el casillero 2º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente:
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
D I A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	ED AD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
02	69526224	10	Junin	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO		N	N	1. Anticuerpo: Treponema Pallidum	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86780
	67565	58	Huayre		<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402.05	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			Hb		R	R		P	D	R			



Tamizaje realizado a través de RPR o VDRL

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

- En el casillero 1º Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa (**Tamizaje para Sífilis**)
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º **“RN”** de Resultado Negativo
- En el casillero 2º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente:
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **TRA** = Transgénero
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	10								12 CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
02	69526224	10	Junin	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO	N	N	1. Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86593
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	
	67565	58	Huayre		<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	Hb	R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL (SÍFILIS)

TAMIZAJE PARA SÍFILIS CON PRUEBAS RÁPIDAS EN GESTANTES

Quando se realiza en el consultorio

En el ítem Tipo de diagnóstico para los procedimientos de [Tamizaje, Consejería y Administración de tratamiento] marque **“D”** sólo cuando sea la primera acción en el año, en las siguientes marcar **“R”**

En el ítem Lab registre:

- En el casillero 1º el trimestre de gestación 1, 2, 3 según corresponda (*Para obtener datos por trimestres*)
- En el casillero 2º *dejar en blanco*
- En el casillero 3º **“RP”** si el resultado es Reactivo
- En el casillero 4º **“1”** si es la 1ª Batería de Laboratorio **“2”** si es la 2ª Batería de Laboratorio
- En el casillero 5º el **“IA”** para el inicio de tratamiento y **“TA”** para la culminación del mismo, según corresponda

Resultado Reactivo

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ES TA BL ECI MIE NTO	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	10								12 CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Joselyn Barrera León						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
18	12545581	10	Huancayo	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2. Sífilis que complica el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1
	24515	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	Hb	R	R	3. Anticuerpo: Treponema Pallidum	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	86780
									N	N	1. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.05	
									C	C	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	99199.11	

Recuerde que las Consejerías en ITS no se numeran, sólo contienen el valor que indica el número de Batería de Laboratorio

Resultado No Reactivo

En el ítem Lab registre:

- En el casillero 1º el trimestre de gestación 1, 2, 3 según corresponda
- En el casillero 2º **“RN”** si el resultado es No Reactivo
- En el casillero 3º:
 - **“1”** si es la 1º Batería de Laboratorio
 - **“2”** si es la 2º Batería de Laboratorio

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22										
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDE NCIA	EDAD	S E X O	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDOM INAL	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ES TA BL ECI MIEN TO	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT										
		10	12									P	D			R									
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Joselyn Barrera León											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____										
23	07033950	10	Chupaca	31	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359							
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	C		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anticuerpo: Treponema Pallidum	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86780							
	15654	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	a	b	Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.05							

Cuando el Tamizaje de Sífilis se realiza a través de RPR

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

- En el casillero 1º Gestante con factor de riesgo Control 2do trimestre
- En los otros casilleros anote las actividades como Evaluación Nutricional, etc.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º el número de la atención prenatal según corresponda.
- En el casillero 2º de la evaluación de resultados:
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es negativo
- **En el casillero de la Consejería** escribir el Nº de Batería de Laboratorio
 - **“1”** si es la 1ª Batería de Laboratorio
 - **“2”** si es la 2ª Batería de Laboratorio

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22										
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDE NCIA	EDAD	S E X O	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDOM INAL	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ES TA BL ECI MIEN TO	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT										
		10	12									P	D			R									
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Joselyn Barrera León											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____										
23	07033950	10	Chupaca	31	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Gestante con factor de riesgo Control 2do trimestre	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3592							
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	C		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86593							
	15654	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	a	b	Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.05							
													4.	P	D	R									

TAMIZAJE A TRAVÉS DE PRUEBAS RÁPIDAS DUALES

Pruebas rápidas duales para VIH y Sífilis.- Son pruebas rápidas para Tamizaje para VIH y Sífilis que detectan anticuerpos de manera conjunta mediante un solo procedimiento y cuyo resultado se entrega a la gestante en menos de 30 minutos. Se realiza por personal profesional capacitado.

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

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



- En el casillero 3º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único **(El prestador podrá anotar “Tamizaje para VIH” para la abreviatura del procedimiento)**
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH (No Reactivo o Reactivo) según sea
- En el casillero 5º Anticuerpo; Treponema Pallidum **(El prestador podrá anotar “Tamizaje de Sífilis” para la abreviatura del procedimiento)**
- En el casillero 6º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En los casilleros 2º y 4º de la Consejería Pre y Post test
 - 1 si es la 1º Batería de laboratorio
 - 2 si es la 2º Batería de laboratorio
- En el 3º y casillero 5º registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado:
 - RP si el resultado es reactivo
 - RN si el resultado es negativo
- En el casillero 6º
 - 1 si es la 1º Batería de laboratorio
 - 2 si es la 2º Batería de laboratorio

Procedimientos realizados a través de la Primera Batería

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
		10	12								P	D	R						
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Natalhie Rutte Ramos															
						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___													
02	06451254	58	Pangoa	32	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo normal no especificado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z349
	17515				<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	b	Hb		R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86703
												N	N	1. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	p	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401.34
												C	C	2. Anticuerpo; Treponema Pallidum	p	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86780
												R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	p	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.05

Procedimientos realizados a través de la Segunda Batería

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
		10	12								P	D	R						
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Natalhie Rutte Ramos															
						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___													
25	06451254	58	Pangoa	32	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo normal no especificado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z349
	17515				<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2	99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	b	Hb		R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	86703
												N	N	1. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	p	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2	99401.34
												C	C	2. Anticuerpo; Treponema Pallidum	p	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	86780
												R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	p	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2	99402.05

RESULTADO DE LA MUESTRA DE RPR REACTIVO PARA SÍFILIS

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

- En el casillero 1º Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa **(Detección de Sífilis)**
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º “RP” de Resultado Reactivo

- En el casillero 2º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente:
 - [En Blanco] = Población General
 - HTS = HSH que es TS
 - TS = Trabajador Sexual
 - TTS = Transgénero que es TS
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - ST = Trabajador de Salud
 - TRA = Transgénero
 - PPL = Persona privada de su libertad

Cuando el procedimiento es realizado a través de RPR o VDRL; el prestador en el Consultorio deberá anotar el código 86593 Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
2	69526224	10	Junin	27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Sífilis genital primaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A510
	67565	58	Huayre		<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	86593
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	b		Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
5	05458544	10	Junin	27	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Sífilis genital primaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A510
	05458544	58	Huayre		<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	86593
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	b		Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R

La consejería debe registrarse con "D" en el ítem [Tipo de Diagnóstico] siempre que se refiera al primer tamizaje durante el año.

SÍFILIS CONGÉNITA

Definición Operativa.- Se considera:

1. Todo recién nacido/a; óbito fetal o aborto espontáneo, cuya madre tiene diagnóstico o sospecha de Sífilis y presenta una o más de las siguientes condiciones:
 - No recibió tratamiento penicilina durante el embarazo.
 - No recibió tratamiento completo de 3 dosis 2'400,000 UI IM por semana durante tres semanas.
 - La última dosis la recibió dentro de las cuatro semanas previas al parto.
2. Todo recién nacido/a con títulos de RPR cuantitativo cuatro veces más altos que los títulos maternos (equivalente a dos diluciones). Ejemplo: Madre 4 Dils/recién nacido a 16 Dils.
3. Todo recién nacido/a niña/o de madre con diagnóstico o sospecha de Sífilis que presenta manifestaciones clínicas sugerentes de Sífilis Congénita al nacimiento, independiente del tratamiento recibido.
4. Producto de la gestación con evidencia de infección por Treponema Pallidum en estudios histológicos o visualización en campo oscuro de lesiones de Treponema.
5. En todo recién nacido en el que se desconozca o no se disponga del estado serológico para Sífilis de la madre, se realizará una prueba de RPR para Sífilis. Si el resultado es reactivo se considerará neonato con Sífilis Congénita hasta obtener el resultado de la madre y la historia de tratamiento durante la gestación.

TRATAMIENTO DE SÍFILIS CONGÉNITA

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



- En el casillero 1º Sífilis Congénita
- En el casillero 2º Administración de Tratamiento

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el casillero 1º SIEMPRE "R"

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º "TA" que indica término de tratamiento (10 días o según escenarios de normativa vigente)

INICIAN TRATAMIENTO

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO O Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
		10	12								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		Karim Pérez Loayza				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____										
16	06451254	10	Pangoa	10	A	M	P		N	N	1. Sífilis Congénita	P	D	R	A509	
					M	X	P		X	X	2. Administración de Tratamiento	P	D	R	IA	99199.11
	17515	58			X	X	P		R	R		P	D	R		

TERMINAN TRATAMIENTO

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO O Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
		10	12								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		Karim Pérez Loayza				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____										
16	06451254	10	Pangoa	10	A	M	P		N	N	1. Sífilis Congénita	P	D	R	A509	
					M	X	P		X	X	2. Administración de Tratamiento	P	D	R	TA	99199.11
	17515	58			X	X	P		R	R		P	D	R		

ABANDONAN TRATAMIENTO

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO O Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
		10	12								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		Karim Pérez Loayza				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____										
16	06451254	10	Pangoa	10	A	M	P		N	N	1. Sífilis Congénita	P	D	R	A509	
					M	X	P		X	X	2. Administración de Tratamiento	P	D	R	AB	99199.11
	17515	58			X	X	P		R	R		P	D	R		

EXPOSICIÓN A SÍFILIS

Recién Nacido Expuesto a Sífilis

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO O Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		Karim Pérez Loayza				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____									
16	06451254	10	Jauja	1	A	M	P		N	N	1. Sífilis Congénita	X	D	R	A509
					M	X	P		C	C		P	D	R	
	17515	58			X	X	P		R	R		P	D	R	

HEPATITIS B



Los procedimientos de Consejería, Tamizaje y Tratamiento, deben registrarse como Tipo de Diagnóstico “D” sólo cuando registre el PRIMER PROCEDIMIENTO en el año;
A partir del segundo procedimiento indicado deberán registrarse con “R”;
Sólo en el caso de que el primer tamizaje sea no reactivo “RN” y luego de 3 meses el segundo tamizaje resulte reactivo “RP”, se considerará en Tipo de Diagnóstico “D” para ambos casos.

TAMIZAJE DE HEPATITIS B

Es la actividad dirigida a realizar una prueba de detección de antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B. El tamizaje de Hepatitis B comprende:

Tamizaje con prueba rápida de Hepatitis B: Es la actividad dirigida a realizar una prueba de tamizaje inmunocromatográfica para detección cualitativa del antígeno de superficie del virus de Hepatitis B (HBsAg). Se realiza en el punto de atención (consulta externa, brigadas itinerantes, organizaciones de base comunitaria, campañas, espacios de socialización) y el resultado debe leerse según lo que indique el inserto del producto.

Tamizaje con prueba de Elisa para Hepatitis B: Es la actividad dirigida a realizar una prueba de tamizaje mediante la técnica de inmunoensayo enzimático, la cual se realiza en Laboratorio.

Tamizaje con Quimioluminiscencia para Hepatitis B: Es la actividad dirigida a realizar una prueba de tamizaje para la detección del HBsAg, mediante la técnica que se basa en el uso de la luz que es liberada en algunas reacciones químicas para detectar la presencia del virus y no la de anticuerpos. Esta prueba se realiza en el laboratorio o bancos de sangre.

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

- En el casillero 1º Detección de antígeno de superficie del virus de hepatitis B (HBsAg) y se abreviará como “Detección de HBsAg”
- En el casillero 2º registrar Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem **Tipo de diagnóstico**

- En el casillero 1º marque “D” sólo cuando sea el primer tamizaje del año; y “R” para los siguientes tamizajes de la misma persona durante el año en curso y en cualquier IPRESS donde se registre el HIS.
- En el casillero 2º marque “D” sólo en la primera Consejería en el año; marcar “R” si la paciente recibe más consejerías en el mismo año.

En el ítem **LAB** registrar:

- En el casillero 1º el resultado del tamizaje:
 - **RP Resultado Reactivo**
 - **RN Resultado Negativo**
- En el casillero 2º registrar el tipo de población correspondiente:

○ TS	= Trabajador Sexual	○ TTS	= Transgénero que es TS
○ HSH	= Hombre que tiene sexo con hombre	○ ST	= Trabajador de Salud
○ TRA	= Transgénero	○ PPL	= Persona privada de su libertad
○ HTS	= HSH que es TS	○ En Blanco	= Población General

En el ítem **código CIE/CPT**

En el casillero 1º: Si el motivo de consulta y/o actividad es “Detección de HBsAg”, registrar código según tipo de prueba:

- Si el tamizaje es con **prueba rápida** registrar el código **87342**;
- Si el tamizaje es con prueba para detección de antígenos de agente infeccioso mediante técnica de inmunoensayo enzimático, cualitativo o semicuantitativo, método de varios pasos el código es **87340**;
- Si el tamizaje es con prueba ensayo de quimioluminiscencia el código es **82397**.
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B con el código **99402.05**

Cuando se trata del primer tamizaje durante el año

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

- En el casillero 1º Detección de Hepatitis B (HBsAg)
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º marque “D” por tratarse de procedimientos realizados en la persona por primera vez durante el año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º anote el resultado del tamizaje:
 - RP si el resultado es reactivo
 - RN si el resultado es negativo
- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - ST = Trabajador de Salud
 - PPL = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /											
02	41222222	58	Junin	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Detección de Hepatitis B (HBsAg)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	87342	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	p		C	C	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	HSH	99402.05
	547285				D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	a		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

Forma de registro del segundo tamizaje en el mismo año

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Detección de Hepatitis B (HBsAg)
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º marque “R” por tratarse de procedimientos repetidos, realizados en la misma persona durante mismo año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º anote el resultado del tamizaje:
 - RP si el resultado es positivo
 - RN si el resultado es negativo
- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - ST = Trabajador de Salud
 - PPL = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /											
05	41222222	10	Junin	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		N	N	1. Detección de Hepatitis B (HBsAg)	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	82397	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	p		E	E	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	HSH	99402.05
	547285	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	a		R	R		P	D	R		

Resultado Reactivo

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Detección de Hepatitis B (HBsAg)
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º marque “D” por tratarse procedimientos realizados por primera vez en el año.



En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º “**RP**” de resultado reactivo
- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
02	06521423	10	Junin	25	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PESO		N	N	1. Detección de Hepatitis B (HBsAg)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	87342	
	547285	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PPL	99402.05
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

Cuando el tamizaje se realiza en el Laboratorio con Ensayo de quimioluminiscencia y se evalúa el resultado en el Consultorio:

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Detección de Hepatitis B (HBsAg)
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º marque “**D**” si son procedimientos que se realizan por primera vez en el año o “**R**” si los procedimientos son repetidos en la misma persona durante mismo año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º anote el resultado del tamizaje:
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es negativo
- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
02	06521423	10	Junin	45	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PESO		N	N	1. Detección de Hepatitis B (HBsAg)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	82397	
	547285	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PPL	99402.05
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

Resultado Reactivo

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Detección de Hepatitis B (HBsAg)
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º marque “**D**” si son procedimientos que se realizan por primera vez en el año o “**R**” si los procedimientos son repetidos en la misma persona durante mismo año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º anote “**RP**”
- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual

- **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
- **TRA** = Transgénero
- **HTS** = HSH que es TS
- **TTS** = Transgénero que es TS
- **ST** = Trabajador de Salud
- **PPL** = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SE RV ICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /									
02	06521423	10	Junin	45	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> P	PESO	N	N	1. Detección de Hepatitis B (HBsAg)	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	RP	82397	
	547285	58			<input checked="" type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> P	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	TS	99402.05	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> a	Hb	R	R	3.	P	D	R		

HEPATITIS B CRÓNICA

Infección Crónica por el VHB: Es el caso de ausencia de Hepatitis Aguda y la presencia del HBsAg (antígeno de superficie) por más de seis meses o por presentar la Ig M anti-HBc negativo, más HBsAg positivo, más Anti Hbc total positivo.

Paciente con el VHB que inicia tratamiento: Es todo paciente que inicia terapia antiviral e ingresa por primera vez al sistema de registro del Ministerio de Salud.

Sólo en este caso, al registrar "Administración de Tratamiento", deberá anotar la sigla "IA".

Paciente con el VHB que están en tratamiento: Es todo paciente que actualmente está recibiendo tratamiento antiviral.

Es importante que sólo el primer procedimiento de "Administración de Tratamiento" en el año se registre como Tipo de diagnóstico "D".

Paciente con el VHB que abandonó tratamiento: Es todo paciente que habiendo iniciado tratamiento según lo estipulado, no acude a recibir su medicación acorde a la indicación de su médico tratante por más de 30 días.

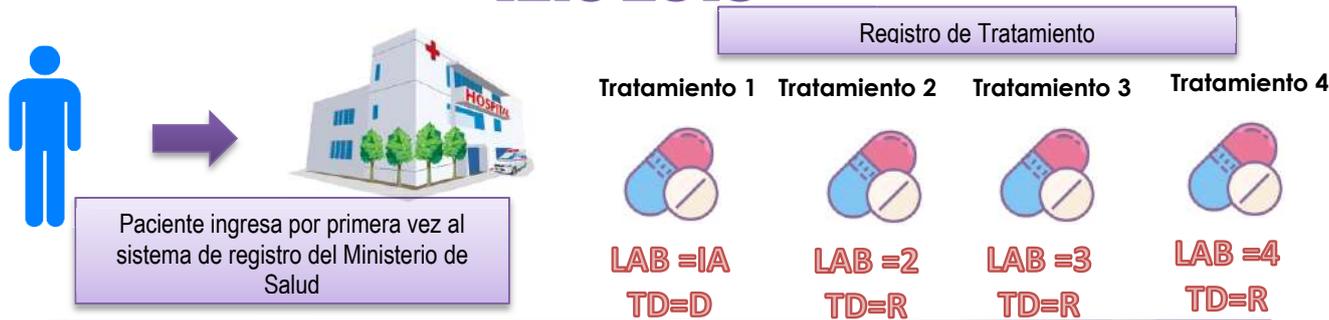
El registro de estos pacientes será a través de la morbilidad con Tipo de diagnóstico "R" y la sigla "AB" en la variable LAB de "Administración de tratamiento" con Tipo de diagnóstico "R"

Paciente con el VHB derivado.- Es todo paciente derivado a otro establecimiento de salud (IPRESS) para la continuación de su tratamiento antiviral.

La sigla "DRV" en la variable LAB del procedimiento "Administración de tratamiento" y Tipo de diagnóstico "R", permitirá obtener el reporte de pacientes derivados para continuar con el tratamiento.

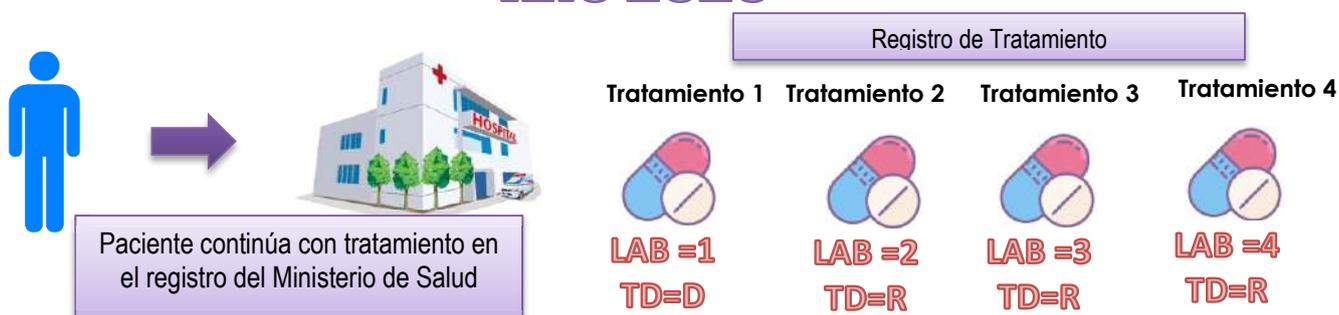
PACIENTE QUE INGRESA POR PRIMERA VEZ AL REGISTRO DEL MINISTERIO DE SALUD

AÑO 2019



EL MISMO PACIENTE CONTINÚA EN EL REGISTRO DEL MINISTERIO DE SALUD EN EL SIGUIENTE AÑO

AÑO 2020



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

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Hepatitis B Crónica
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 3º Administración de Tratamiento

En el ítem **Tipo de diagnóstico**:

- En el casillero 1º y 2º marque **"D"** si son procedimientos que se realizan por primera vez en el año o **"R"** si los procedimientos son repetidos en la misma persona durante mismo año.

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **G** = Gestante
 - **PPL** = Persona privada de su libertad
- En el casillero 2º **"RP"** de resultado reactivo
- En el casillero 4º el numero de tratamiento en el año **"IA"**, 2,3...12 según corresponda

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIEN TO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Gaby Donoso Alama						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
30	25721552	10	Junin	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B181
	854725	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS	99402.05
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	a		Hb		R	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	99199.11

En el caso de Hepatitis Crónica, los tratamientos serán enumerados en cada entrega durante el año según normatividad vigente. Al iniciar cada año el 1er tratamiento deberá empezar por 1. Registre "IA" sólo cuando el paciente inicia tratamiento e ingresa por primera vez al sistema de registro del Ministerio de Salud

PACIENTE CON INFECCIÓN CRÓNICA POR VHB QUE INICIA TRATAMIENTO ANTIVIRAL CUANDO EN LA CONSULTA MÉDICA SÓLO SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO Y CONSEJERÍA

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem **Tipo de diagnóstico**:

- En el casillero 2º marque **"D"** si la Consejería brindada al paciente es por primera vez en el año o **"R"** si el paciente previamente recibió Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B, durante el año.

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIEN TO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
02	25721552	10	Junin	34	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B181
	854725	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS	99402.05
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	a		Hb		R	<input checked="" type="checkbox"/>		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

CUANDO EL TRATAMIENTO ES BRINDADO POR OTRO PRESTADOR

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 3º Administración de tratamiento

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º marque “D” si son procedimientos que se realizan por primera vez en el año o “R” si los procedimientos son repetidos en la misma persona durante mismo año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - ST = Trabajador de Salud
 - G = Gestante
 - PPL = Persona privada de su libertad

En el casillero 3º de Administración de tratamiento anote “IA, 2, 3...12” ó “1,2,3...12” según sea el caso.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIEN TO	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12									P	D			R	
HISTORIA CLINICA						ETNIA						CENTRO POBLADO (*)					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
02	25721552	10	Junin	34	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		N	N	1. Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	B181		
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		C	C	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TS 99402.05	
	854725	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		R	R	3. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA 99199.11	

**Los ejemplos anteriores suponen que el paciente inicia tratamiento e ingresa por primera vez al sistema de registro del Ministerio de Salud;
Cuando se brinde el primer tratamiento del siguiente año, el número de tratamiento inicia en 1**

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIEN TO	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12									P	D			R	
HISTORIA CLINICA						ETNIA						CENTRO POBLADO (*)					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
10	25721552	10	Junin	36	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		N	N	1. Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	B181		
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		C	C	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS 99402.05	
	854725	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		R	R	3. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1 99199.11	

Para el registro de la morbilidad en gestantes debe utilizar el código CIE O98.4 Hepatitis viral que complica el embarazo, el parto y el puerperio

CUANDO EL PACIENTE PERTENEZCA A POBLACIÓN CLAVE O POBLACIÓN EN RIESGO

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIEN TO	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12									P	D			R	
HISTORIA CLINICA						ETNIA						CENTRO POBLADO (*)					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
15	25721552	10	Junin	36	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		N	N	1. Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	B181		
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		C	C	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TS 99402.05	
	854725	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2 99199.11	

CUANDO EL PACIENTE ABANDONA EL TRATAMIENTO

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta
- En el casillero 2º Administración de tratamiento

 En el ítem **Tipo de diagnóstico**:

- En el casillero 1º y 2º Marque siempre **"R"**

 En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 3º de Administración de tratamiento anote la sigla **"AB"** para indicar el Abandono

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22										
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCED ENCIA	EDAD	S E X O	PERIME TRO CEFALI CO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ES TA BL ECI MIE NT O	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT										
		10	12								P	D	R												
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLAD O (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____										
03	65415215	10	Pasco	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		B181					
	32054	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	AB	99199.11					
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	ab		Hb		R	R				P	D	R							

CUANDO EL PACIENTE ES DERIVADO PARA LA CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO
DVR → Para indicar Derivación Realizada
DVC → Para indicar Derivación Confirmada.

En la IPRESS que realiza la derivación

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta
- En el casillero 2º Administración de tratamiento

 En el ítem **Tipo de diagnóstico**:

- En el casillero 1º y 2º Marque siempre **"R"**

 En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 3º de Administración de tratamiento anote la sigla **"DVR"** para indicar la derivación

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22										
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCED ENCIA	EDAD	S E X O	PERIME TRO CEFALI CO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ES TA BL ECI MIE NT O	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT										
		10	12								P	D	R												
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLAD O (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____										
03	65415215	10	Pasco	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		B181					
	32054	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	DVR	99199.11					
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	ab		Hb		R	R				P	D	R							

En la IPRESS que confirma la derivación

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22										
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCED ENCIA	EDAD	S E X O	PERIME TRO CEFALI CO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ES TA BL ECI MIE NT O	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT										
		10	12								P	D	R												
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLAD O (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____										
03	65415215	10	Pasco	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		B181					
	32054	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	DVC	99199.11					
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	ab		Hb		R	R				P	D	R							

TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL (HEPATITIS)

TAMIZAJE CON PRUEBA RÁPIDA EN GESTANTES

Resultado No Reactivo

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

- En el casillero 1º Supervisión de Embarazo Normal/Alto riesgo
- En el casillero 2º Detección de Hepatitis B (HBsAg) (Tamizaje para Hepatitis con código 87342)
- En el casillero 3º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º el trimestre de gestación 1,2,3 según corresponda
- En el casillero 2º registre la sigla que determine el resultado
 - **RP** si el resultado es Reactivo
 - **RN** si el resultado es No Reactivo

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C. 2	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Paola Gutiérrez Alfaro						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
02	06451254	58	Pangoa	32	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	17515				<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Detección de Hepatitis B (HBsAg)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	87342
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	b		Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R

Resultado Reactivo

- En el casillero 1º Supervisión de Embarazo Normal/Alto riesgo
- En el casillero 2º Detección de Hepatitis B (HBsAg)
- En el casillero 3º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º el trimestre de gestación 1,2,3 según corresponda
- En el casillero 2º la sigla que determine el resultado
 - **RP** si el resultado es Reactivo
 - **RN** si el resultado es No Reactivo

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C. 2	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Paola Gutiérrez Alfaro						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
02	06451254	58	Pangoa	32	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	17515				<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Detección de Hepatitis B (HBsAg)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	87342
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	b		Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R

RECIÉN NACIDO EXPUESTO A HEPATITIS B

Son los recién nacidos de gestantes con HBsAg reactivo.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Karim Pérez Loayza						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
16	06451254	10	Jauja	1	<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	P		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Contacto con y Exposición a Hepatitis Viral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z205
	17515	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		C	C	2. Vacunación Antihepatitis Viral B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90744	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	b		Hb		R	R	3. Administración Inmunoglobulina de la hepatitis B (HBIG).	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

HEPATITIS C

Definiciones de monitoreo de la información operacional

Persona tamizada para Hepatitis C.- Es toda persona a la que se le realiza una prueba de tamizaje para detectar anticuerpos contra el VHC (incluye pre- quirúrgicos, banco de sangre, hemodiálisis, campañas, etc.).

Persona con prueba de tamizaje reactivo para Hepatitis C.- Es toda persona tamizada para Hepatitis C con prueba de detección de anticuerpo contra el VHC con resultado reactivo.

Persona con prueba de detección de ARN VHC .- Es toda persona con prueba de tamizaje reactivo para Hepatitis C a la que se le realiza una prueba cuantitativa o cualitativa de amplificación de ácidos nucleicos para detectar el ARN del VHC.

Persona con infección crónica por el Virus de la Hepatitis C.- Es toda persona con prueba de detección de ARN VHC con resultado que indica presencia de carga viral.

Caso VHC que inicia tratamiento.- Es toda persona que inicia terapia antiviral e ingresa por primera vez al sistema de registro del Ministerio de Salud, en establecimientos públicos o privados del ámbito nacional.

Caso VHC que está en tratamiento.- Es toda persona que actualmente está recibiendo tratamiento antiviral.

Caso VHC que completó tratamiento.- Es toda persona que completó el tratamiento antiviral indicado.

Caso VHC curado.- Es todo caso que completó tratamiento y que presenta supresión virológica 12 semanas después de haberlo culminado.

Caso VHC que abandonó tratamiento.- Es toda persona que habiendo iniciado tratamiento según lo estipulado, no acude a recibir su medicación acorde a la indicación de su médico tratante por más de 30 días.

Caso derivado.- Es toda persona con infección crónica por el Virus de la Hepatitis C referida a otra IPRESS de salud para la continuación de su tratamiento antiviral.

TAMIZAJE PARA HEPATITIS C

Resultado No Reactivo

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Anticuerpo contra la Hepatitis C
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el ítem **Tipo de diagnóstico**:

- En el casillero 1º y 2º marque “**D**” por tratarse de procedimientos realizados en la persona por primera vez durante el año.

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º anote el resultado del tamizaje:
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es negativo
- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **TRA** = Transgénero
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /										
02	25825822	10	Junin	33	M	P	PESO	N	N	1. Anticuerpo contra la Hepatitis C	P	B	R	RN	86803	
	25825822	58	Huayre		F	P	TALLA	C	C		2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	B	R		99402.05
					D	a	Hb	R	R			P	D	R		

Resultado Reactivo

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Anticuerpo contra la Hepatitis C
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el ítem **Tipo de diagnóstico**:

- En el casillero 1º y 2º marque “**D**” por tratarse procedimientos realizados por primera vez en el año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º “**RP**” de resultado reactivo
- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
		10	12								P	D	R						
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:															
						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
15	06521423	10	Junin	25	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		N	N	1. Anticuerpo contra la Hepatitis C			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	86803	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P				2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402.05
	06521423	58	Huayre		F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		R	R				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
				D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P							P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

PERSONA CON INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIRUS DE HEPATITIS C
En el Consultorio:
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Viral Tipo C Crónica
- En el casillero 2º el Procedimiento Detección Molecular del Virus Hepatitis C (HCV) - PCR en Tiempo Real
- En el casillero 3º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el Tipo de Diagnóstico, anote:

- En el casillero 1º, 2º Y 3º marque “**D**” si son procedimientos que se realizan por primera vez en el año o “**R**” si los procedimientos son repetidos en la misma persona durante el mismo año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º anote “**RP**”
- En el casillero 3º de Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
		10	12								P	D	R						
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:															
						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
02	06521423	10	Junin	45	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		N	N	1. Hepatitis Viral Tipo C Crónica			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B182	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P				2. Detección Molecular del Virus Hepatitis C (HCV) - PCR en Tiempo Real			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	87522.01
	547285	58	Huayre		F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402.05
				D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P							P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA HEPATITIS C
INICIO DE TRATAMIENTO
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Viral Tipo C Crónica
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 3º Administración de tratamiento

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º Marque siempre “**R**” por tratarse de un diagnóstico Repetido



- En el casillero 2º Marque “R”, si el paciente previamente recibió Consejería
- En el casillero 3º marque “D” siempre que inicie el tratamiento, en la entrega del resto de tratamiento marcar “R”

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - ST = Trabajador de Salud
 - PPL = Persona privada de su libertad
- En el casillero 3º de Administración de tratamiento anote “IA” cuando inicia el tratamiento.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22	
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /										
02	06521423	10	Junin	45	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		N	N	1. Hepatitis Viral Tipo C Crónica	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	B182	
	547285	58	Huayre		M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	99402.05
					D	F	a		R	R	3. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	99199.11

PACIENTES CONTINÚAN EL TRATAMIENTO

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Viral Tipo C Crónica
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis
- En el casillero 3º Administración de tratamiento

En el ítem Tipo de diagnóstico, anote

- En el casillero 1º Marque siempre “R” por tratarse de un diagnóstico Repetido
- En el casillero 2º Marque “R”, si el paciente previamente recibió Consejería
- En el casillero 3º marque “R” por tratarse de la 2da o 3ra dosis

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - ST = Trabajador de Salud
 - PPL = Persona privada de su libertad
- En el casillero 3º de Administración de tratamiento anote “2, 3” según sea el caso de la entrega de tratamiento

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22	
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /										
02	06521423	10	Junin	45	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		N	N	1. Hepatitis Viral Tipo C Crónica	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	B182	
	547285	58	Huayre		M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	99402.05
					D	F	a		R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2	99199.11

FIN DE TRATAMIENTO

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Viral Tipo C Crónica
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis
- En el casillero 3º Administración de tratamiento

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º Marque siempre **“R”** por tratarse de un diagnóstico Repetido
- En el casillero 2º Marque **“R”**, si el paciente previamente recibió Consejería
- En el casillero 3º marque **“R”** por tratarse de un procedimiento repetido.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **PPL** = Persona privada de su libertad
- En el casillero 3º de Administración de tratamiento anote **“TA”** cuando se brinda la última dosis del tratamiento.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___										
02	06521423	10	Junin	45	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P	PESO		N	N	1. Hepatitis Viral Tipo C Crónica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	B182
	547285	58	Huayre		<input checked="" type="checkbox"/>	M	P	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	99402.05
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	ab	Hb		R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TA

CUANDO EL PACIENTE ABANDONA EL TRATAMIENTO
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Viral Tipo C Crónica
- En el casillero 2º Administración de tratamiento

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º Marque siempre **“R”**

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 3º de Administración de tratamiento anote la sigla **“AB”** para indicar el Abandono

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___											
03	65415215	10	Pasco	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P	PESO		N	N	1. Hepatitis Viral Tipo C Crónica	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	B182	
	32054	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	AB	99199.11
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	ab	Hb		R	R		P	D	R		

CUANDO EL PACIENTE ES DERIVADO PARA TRATAMIENTO
DVR → Para indicar Derivación Realizada
DVC → Para indicar Derivación Confirmada.
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el casillero 1º el Diagnóstico Anticuerpo contra la Hepatitis C
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º Marque siempre **“R”**

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º registre la sigla **“DVR”** para indicar la derivación a otra IPRESS para el tratamiento.

En la IPRESS que realiza la derivación:



7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINAN C.	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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___													
03	65415215	10	Pasco	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Hepatitis Viral Tipo C Crónica	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	B182	
	32054	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	DVR	99199.11
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	ab	Hb		R	R		P	D	R		

En la IPRESS que confirma la derivación:

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Anticuerpo contra la Hepatitis C
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º Marque siempre "R"

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º registre la sigla "DVC" para confirmar la derivación para el tratamiento

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINAN C.	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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___													
03	65415215	10	Pasco	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Hepatitis Viral Tipo C Crónica	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	B182	
	32054	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	DVC	99199.11
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	ab	Hb		R	R		P	D	R		

CUANDO EL PACIENTE PRESENTA SUPRESIÓN VIROLÓGICA 12 SEMANAS DESPUÉS DE COMPLETAR TRATAMIENTO (CURADO)

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Viral Tipo C Crónica
- En el casillero 2º Administración de tratamiento

En el ítem Tipo de diagnóstico:

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

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la morbilidad anote la sigla "PR"
- En el casillero 2º registre el Resultado Negativo con "RN"

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINAN C.	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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___													
03	65415215	10	Pasco	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Hepatitis Viral Tipo C Crónica	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PR	B182
	32054	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Detección Molecular del Virus Hepatitis C (HCV) - PCR en Tiempo Real	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	87522.01
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	ab	Hb		R	R		P	D	R		

VIH Y SIDA



Las pruebas para el Tamizaje de VIH pueden ser realizadas a través de:

- ⇒ Prueba Rápida de VIH → código "86703"
- ⇒ ELISA → código "87389"

Toda vez que Laboratorio no registra información en el HIS, el prestador deberá anotar el procedimiento "87389" con su respectivo resultado "RP" o "RN"

TAMIZAJE PARA VIH

TAMIZAJE DE PRUEBA RÁPIDA PARA VIH: Es una prueba de tamizaje (inmunoensayo enzimático rápido) para la detección rápida de anticuerpos contra el VIH en muestras como la sangre capilar, suero entre otras. También existen pruebas rápidas que detectan la presencia de anticuerpos y antígenos contra el VIH.

Quando se realiza en el consultorio (Prueba Rápida)

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

- En el casillero 1º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 2º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único (**El prestador podrá escribir "Tamizaje para VIH" para la abreviatura del procedimiento**)
- En el casillero 3º la Consejería Post-Test de acuerdo al resultado, puede ser:
 - **NO REACTIVO** **RN**
 - **REACTIVO** **RP**

En el ítem Tipo de diagnóstico marque "D" si el procedimiento se realiza por primera vez en el año, "R" para registrar los procedimientos repetidos en el mismo año.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º y casillero 3º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **P** = Puérpera
 - **TRA** = Transgénero
 - **TBC** = Paciente con Tuberculosis
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **PPL** = Persona privada de su libertad
- En el casillero 2º la sigla que corresponda al resultado de la prueba realizada
 - **RP** si el resultado es positivo
 - **RN** si el resultado es negativo

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R		
HISTORIA CLINICA						ETNIA			CENTRO POBLADO (*)						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /									
02	06451254	10	Pangoa	32	M	P				1. Consejería Pre Test para VIH	P	D	R		99401.33
	17515	58			F	a				2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	D	R	RN	86703
						b				3. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R		99401.34

Registro del segundo tamizaje en el mismo año

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R		
HISTORIA CLINICA						ETNIA			CENTRO POBLADO (*)						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /									
05	06451254	10	Pangoa	32	M	P				1. Consejería Pre Test para VIH	P	D	R		99401.33
	17515				F					2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	D	R	RN	86703



					D	P a b	Hb		R	R	3. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99401.34
--	--	--	--	--	---	-------------	----	--	---	---	--	---	---	-------------------------------------	--	----------

Registro del tercer tamizaje en el mismo año y el resultado es reactivo "RP"

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12									P	D			R	
HISTORIA CLINICA						ETNIA	CENTRO POBLADO (*)										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
15	06451254	10	Pangoa	32	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99401.33	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	86703
	17515	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		R	R	3. Consejería Post Test para VIH Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99403.03



Ante un segundo tamizaje reactivo y/o se confirme el caso de VIH, éste deberá ser reportado en la Ficha de notificación de VIH de acuerdo a la normatividad vigente, y ser remitido a la Oficina de Epidemiología correspondiente.

Cuando el tamizaje se realiza a población de un "GRUPO DE RIESGO".

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12									P	D			R	
HISTORIA CLINICA						ETNIA	CENTRO POBLADO (*)										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Doris Astupiñan						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
02	89545268	10	Perené	32	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS	99401.33	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	86703
	25124	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		R	R	3. Consejería Post Test - Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS	99403.03

Recuerde: que en el ítem [Tipo de diagnóstico] deberá marcar "D" siempre que el procedimiento se realice por primera vez en el año; a partir del segundo procedimiento marque "R" para el mismo período.

TAMIZAJE CON PRUEBA DE ELISA



El personal de salud que se encuentra en los consultorios registra en un primer momento sólo la Consejería Pre Test, al evaluar el resultado debe registrar: [87389] "Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único" la consejería Post Test, toda vez que en laboratorio NO se registra HIS.

En el consultorio:

En el ítem Tipo de diagnóstico marque "D" si se trata de la primera consejería en el año o "R" a partir de la segunda consejería en el mismo año.

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

- En el casillero 1º Consejería Pre Test para VIH

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **P** = Puérpera
 - **TBC** = Paciente con Tuberculosis
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINAN C.	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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
02	03940723	10	San Ramón	21	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	HTS	99401.33
	84524	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	a		Hb		R	R		P	D	R		

Cuando retorna con el resultado de laboratorio

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

- En el casillero 1º Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único:
- En el casillero 2º Consejería Post test para VIH de acuerdo al resultado:
 - NO REACTIVO 99401.34**
 - REACTIVO 99403.03**

En el ítem Lab anote:

En el casillero 1º el resultado del tamizaje:

- RP** si el resultado es positivo
- RN** si el resultado es negativo

En el casillero 2º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.

- [En Blanco]** = Población General
- TS** = Trabajador Sexual
- HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
- TRA** = Transgénero
- HTS** = HSH que es TS
- TTS** = Transgénero que es TS
- ST** = Trabajador de Salud
- P** = Puerpera
- TBC** = Paciente con Tuberculosis
- PPL** = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINAN C.	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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
02	07940723	10	San Ramón	21	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	87389
	16458	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R	HTS	99403.03
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	a		Hb		R	R		P	D	R		

Recuerde: Si el tamizaje es a un grupo de riesgo, debe registrar la sigla tanto en el PRE TEST como en el POST TEST

Cuando el tamizaje es a un Contacto

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DIA	D.N.I.	FINAN C.	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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
02	07940723	10	San Ramón	21	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.33
	16458	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R	RN	87389
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	a		Hb		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z206

Contacto con y Exposición VIH se registra en "R" ya que solo es "D" en la primera atención


Es necesario precisar que: "Nadie podrá referirse a esta enfermedad, pública ni privadamente sin el consentimiento previo del paciente. El personal de salud que conozca la condición de un paciente infectado por el VIH-SIDA, guardará la confidencialidad necesaria referente a los resultados diagnósticos, las consultas y la evolución de la enfermedad"

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA VIVIENDO CON VIH-SIDA

Definición Operacional. - Es la atención a las personas con infección por VIH de acuerdo a sus expectativas y necesidades de salud, para mejorar su calidad de vida.

DEFINICIONES DE CASO PARA VIH

"Se considerará caso de VIH, con fines de vigilancia epidemiológica..., si cumple con alguno de los siguientes 3 criterios:

a. Dos pruebas diagnósticas para VIH reactivas o positivas, según lo siguiente:

- Un resultado reactivo de una prueba de tamizaje para VIH, y
- Un resultado positivo o reactivo posterior de una prueba para VIH, diferente de la prueba inicial.

Se aceptan las siguientes combinaciones de pruebas:

- Una prueba de tamizaje (prueba rápida o ELISA) y una prueba confirmatoria (Western Blot, IFI o LIA)
- Una prueba rápida para VIH y una prueba de ELISA para VIH.
- Dos pruebas de tamizaje del mismo tipo (por ejemplo: Dos pruebas de ELISA para VIH, o dos pruebas rápidas para VIH), de diferente fabricante.

b. Un resultado positivo o una cantidad detectable (según límites establecidos de la prueba), en una prueba confirmatoria de tipo virológica para VIH (que detecta o aísla material genético del VIH).

c. Una prueba de tamizaje reactiva asociada a la presencia de al menos una enfermedad oportunista que define estadio SIDA (Anexo 1), que no pueda ser explicada por otra condición".

Asimismo el diagnóstico de infección VIH para inicio de atención puede contemplar una prueba de tamizaje reactiva + síntomas de enfermedad avanzada (SIDA).

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

- En el casillero 1º, según corresponda:
 - Infección por VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2º Consejería Post Test para VIH - Reactivo

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.

Si se cuenta con resultados discordantes entonces se procederán a pruebas confirmatorias:

- En el casillero 2º se registra el tipo de prueba confirmatoria, sólo si corresponden.
 - **IFI** = Para referirse a Inmunofluorescencia Indirecta (IFI)
 - **WBL** = Para referirse a Prueba de Western Blot (WB)

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
D I A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENC IA 12	EDAD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLAD O (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Diana Mella Oyorzún						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
2 6	66682502	10	Huancayo	42	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO		N	N	1. Infección por VIH sin SIDA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z21X1
	73454	58		42	M		P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería de Soporte a PVVS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99402.16	
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	P		Hb		R	R	3.	P	D	R		

El diagnóstico de VIH/SIDA deberán registrarse POR ÚNICA VEZ con tipo de diagnóstico "D" cuando se evalúen sus resultados por 1º vez, posteriormente, en cada control debe registrarse con tipo de diagnóstico "R"

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENC IA	EDAD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLAD O (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Milagros Barra Gotica						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
26	07033136	10	Huancayo	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Infección por VIH sin SIDA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z21X1
	20635	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería de Soporte a PVVS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99402.16
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	P		Hb		R	R	3. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TAR 99199.11

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

- En el casillero 1º, según corresponda:
 - Infección por VIH sin SIDA
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único (**Tamizaje para VIH**)
- En el casillero 4º Consejería Post Test Negativo o Reactivo según corresponda

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º registre la sigla que identifique a la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco]** = Población General
 - TS** = Trabajador Sexual
 - HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA** = Transgénero
 - HTS** = HSH que es TS
 - TTS** = Transgénero que es TS
 - ST** = Trabajador de Salud
 - G** = Gestante
 - P** = Puérpera
 - PPL** = Persona privada de su libertad
- En el casillero 3º el resultado del tamizaje
 - RP** si el resultado es positivo
 - RN** si el resultado es negativo

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENC IA	EDAD	S E X O	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLAD O (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
26	07033136	10	Huancayo	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Infección por VIH sin SIDA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z21X1
	20635	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TRA 99401.33
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	P		Hb		R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP 86703
													1. Consejería Post Test Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99403.03
														P	D	R	
														P	D	R	

El ejemplo se refiere al paciente con 2da Prueba Diagnóstica, sea prueba confirmatoria, tamizajes reactivos por ELISA o Prueba Rápida (de diferente marca o lote)

CONSEJERÍA DE SOPORTE A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA

Definición Operativa.- Es un proceso de diálogo e interacción, dinámico y confidencial, entre el(la) consejero(a) y el(la) consultante. Es un tipo especial de acercamiento humano, empatía y confianza mutua orientada a ofrecer soporte emocional, información y educación sobre el cuidado de la salud.

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

- En el casillero 1º Consejería de Soporte a Personas que viven con VIH/SIDA
- En Los siguientes casilleros se pueden registrar otras atenciones o actividades que recibe el paciente .

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - ST = Trabajador de Salud
 - G = Gestante
 - P = Puérpera
 - PPL = Persona privada de su libertad

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENC IA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLAD O (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___										
5	41889900	10	Huancayo	33	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			1. Consejería de Soporte a PVVS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	HSH	99402.16	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	C					P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
	13525	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	ab			R	R		<input checked="" type="checkbox"/>	R		

**PERSONA CON VIH-SIDA Y COINFECCIONES
INFECCIONES OPORTUNISTAS**

Definición Operacional.- Se trata de infecciones comunes en casos de VIH-SIDA que se producen cuando el sistema inmunológico del cuerpo está debilitado.

Algunas de las más frecuentes son:

- Candidiasis (B204)
- Criptosporidium (A072)
- Citomegalovirus (B202)
- Neumonía por Pneumocystis jirovecci (B206)
- Herpes (B203)
- Herpes Zoster (B02)
- Asociación TB - VIH/SIDA (B200)
- Criptococosis (B458)
- Sarcoma de Kaposi (B210)
- Toxoplasmosis (B208)

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

- En el casillero 1º el diagnóstico de la infección oportunista
- En el casillero 2º el diagnóstico de VIH o SIDA

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º la sigla "TAR" para indicar si el paciente recibe Tratamiento Antirretroviral (TARV) y en blanco si no lo recibe.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENC IA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLAD O (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___										
10	57000132	10	Pasco	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			1. Neumonía por Pneumocystis jirovecci	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B206	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	C					P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TAR	B24X
	13528	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	ab		R	R		P	D	R	

Al citar a los pacientes para continuar con el tratamiento se colocará el Diagnóstico de la Infección y el tipo de diagnóstico será Repetido "R".

PERSONAS CON COINFECCIÓN VIH/SIDA-TB

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

En el casillero 1º Asociación VIH/SIDA-TB

En el ítem Tipo de diagnóstico marque “D”

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
18	06548741	10	Huancayo	2 6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		PESO		N	N	1. Asociación VIH/SIDA-TB	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B200	
	24515	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
					D	F	a	b			Hb		R	R	3.	P	D	R	

En el consultorio de TARV

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

- En el casillero 1º Asociación VIH/SIDA-TB
- En el casillero 2º Si el paciente inicia TARV entonces el registro es “Administración de Tratamiento”

En el ítem Tipo de diagnóstico marque

- En el casillero 1º : “R”, de diagnóstico repetido
- En el casillero 2º “D” como primera actividad de administración de tratamiento del año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º : Se registrará IA para indicar que inicia tratamiento
- En el casillero 3º : Se registrará “TAR” para el registro de Tratamiento antirretroviral

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
18	06548741	10	Huancayo	2 6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		PESO		N	N	1. Asociación VIH/SIDA-TB	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		B200	
	24515	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	99199.11
					D	F	a	b			Hb		R	R	3.	P	D	R	TAR

**Se registra la Asociación VIH/SIDA-TB por primera y única vez con tipo de diagnóstico Definitivo “D”.
Este registro se realiza con la confirmación del diagnóstico de TB**

TERAPIA PREVENTIVA PARA PERSONAS CON VIH-SIDA

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

- En el casillero 1º el diagnóstico de la Infección VIH sin SIDA
- En el casillero 2º:
 - Terapia Preventiva para Tuberculosis (TPTB)
 - Terapia Preventiva con Cotrimoxazol (TPC)

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el casillero 1º SIEMPRE “R” [*Salvo que sea la 1º vez que se diagnostique*]

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º el tratamiento: “IA” solo si inicia tratamiento, caso contrario EN BLANCO



TERAPIA PREVENTIVA CON COTRIMOXAZOL (TPC): INICIO

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINAN C.	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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								P	D	R				
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
03	99885566	10	Pasco	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Z21X1		
	32518	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Terapia Preventiva con Cotrimoxazol (TPC)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	IA	99199.13	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	ab	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R			

Las personas que INICIAN tratamiento deberán registrarse con "IA" en el campo Lab y los CONTINUADORES en blanco.

TERAPIA PREVENTIVA PARA TUBERCULOSIS (TPTB): INICIO

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINAN C.	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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								P	D	R				
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
03	85456215	10	Pasco	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	B24X		
	10006	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Terapia Preventiva para TBC (TPTB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	IA	99199.12	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	ab	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R			

Las personas que INICIAN terapia preventiva serán determinadas con "IA" en el campo Lab y las continuadoras con el campo Lab de acuerdo al número de dosis entregada según indicación médica. Cuando la persona culmina el tratamiento se coloca "TA" en el campo Lab

TERAPIA PREVENTIVA PARA TUBERCULOSIS (TPTB): TÉRMINO

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINAN C.	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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								P	D	R				
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
03	85456215	10	Pasco	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Z21X1		
	10006	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Terapia Preventiva para TBC (TPTB)	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TA	99199.12	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	ab	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R			

ABANDONO A LA TERAPIA PREVENTIVA PARA TUBERCULOSIS (TPTB)

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
DIA	D.N.I.	FINAN C.	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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R		
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												



NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____														
03	85456215	10	Pasco	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		Z21X1
	10006	58			M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Terapia Preventiva para TBC (TPTB)	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	AB	99199.12	
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	P	ab	Hb		R	R		P	D	R		

PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA CON HEPATITIS B CRÓNICA

El registro corresponde a una persona con coinfección por VIH y Hepatitis B Crónica

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Hepatitis B Crónica
- En el casillero 2º Detección de Hepatitis B (HBsAg)
- En el casillero 3º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 4º, según corresponda:
 - Infección por VIH sin SIDA o
 - SIDA
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento [TARV]

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **G** = Gestante
 - **P** = Puérpera
 - **PPL** = Persona privada de su libertad
- En el casillero 2º "RP" de resultado positivo
- En el casillero 5º el tratamiento: "IA" y en el siguiente campo Lab "TAR" **sólo al inicio de TARV**, en los **continuadores sólo "TAR"** en el casillero que corresponde a Administración de Tratamiento.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	ED AD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
18	12545581	10	Huancayo	26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P			PESO		N	N	1. Hepatitis Viral Tipo B Cronica, sin Agente Delta	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B181
	24515	58			M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Detección de Hepatitis B (HBsAg)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	87342		
					D	F	P	ab	Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402.05	
									N	N	1. Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			Z21X1		
									C	C	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	99199.11			
									R	R		P	D	R	TAR				

Sólo se registra la sigla "IA" al inicio del tratamiento antirretroviral (TARV), en las siguientes atenciones sólo se registra la sigla "TAR"

PERSONAS CON VIH/SIDA QUE COMPLETAN VACUNACIÓN DE HEPATITIS B

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

- En el casillero 1º Vacunación Antihepatitis B (HVB)
- En el casillero 2º según corresponda:
 - Infección por VIH sin SIDA o
 - SIDA

En el ítem Lab anote:



- En el casillero 1º el número de dosis 1, 2 ó 3 según corresponda; cuando la vacunación es extramural use D1, D2 ó D3 identificar la dosis.
- En el casillero 2º anote la sigla de acuerdo al grupo de riesgo
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con Hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
 - **PNP** = Policía Nacional
 - **M** = Fuerzas Armadas
 - **BOM** = Bomberos
 - **DCI** = Defensa Civil
 - **EST** = Estudiantes de Ciencias de la Salud

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDI GO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
18	12545581	10	Huancayo	26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		PESO		N	N	1. Vacunación Antihepatitis B (HVB)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	90744	
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	HSH	Z21X1
	24515	58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	F	a	Hb		R	R		P	D	R			

El diagnóstico de Infección por VIH sin SIDA o estadio SIDA deben ser registrados SIEMPRE con tipo de diagnóstico "R"

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV)

"La Evaluación inicial, la definición del ingreso al TARV y el seguimiento serán realizados en los institutos especializados, hospitales, centros de salud y otras instituciones que tengan el equipo multidisciplinario para la atención integral del paciente con VIH."

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

- En el casillero 1º el diagnóstico SIDA
- En el casillero 2º Consejería de Soporte a PVVS
- En el casillero 2º Administración de Tratamiento

PACIENTES DE "PRIMERA LINEA" O DE INICIO

Esquema de primera línea.- Es el tratamiento antirretroviral estandarizado indicado a todo paciente sin experiencia previa de tratamiento.

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

- En el casillero 1º, según corresponda:
 - Infección por VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º la sigla **"PLI"** que identifica a Medicamentos de primera línea.

PACIENTES INICIAN TARV

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIME TRO CEFALI CO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ES TA BL ECI MIE NTO	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLAD O (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
18	96033136	10	Huancayo	30	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		PESO		N	N	1. SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS	B24X
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	M	C	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería de Soporte a PVV	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PLI	99402.16	



PACIENTES SON DERIVADOS CON TARV

En la IPRESS que realiza la derivación

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico SIDA
- En el casillero 2º Administración de tratamiento

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º Marque siempre "R"

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - ST = Trabajador de Salud
 - PPL = Persona privada de su libertad
- En el casillero 2º de Administración de tratamiento anote la sigla
 - PLI para Esquema de Primera Línea
 - SLI para Esquema de Segunda Línea
- En el casillero 3º "DVR" para indicar Derivación Realizada

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								P	D	R				
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___											
30	96033136	10	Huancayo	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			N	N	1. SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	HSH	B24X
					<input checked="" type="checkbox"/>	M				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PLI	99199.11
	41687	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	ab			R	R		P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	DVR

En la IPRESS que confirma la derivación

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico SIDA
- En el casillero 2º Administración de tratamiento

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º Marque siempre "R"

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - ST = Trabajador de Salud
 - PPL = Persona privada de su libertad
- En el casillero 2º de Administración de tratamiento anote la sigla
 - PLI para Esquema de Primera Línea
 - SLI para Esquema de Segunda Línea
- En el casillero 3º "DVC" para indicar Derivación Confirmada

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DIA	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								P	D	R				
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___											
15	96033136	10	El Tambo	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			N	N	1. SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	HSH	B24X
					<input checked="" type="checkbox"/>	M				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PLI	99199.11
	41687	58	La Victoria		<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	ab			R	R		P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	DVC



Sólo se registrará el inicio de TARV con “IA” en el campo Lab y “TAR” en el continuador
En el siguiente sólo se registrará Administración de Tratamiento con Tipo de Diagnóstico “R” y en el campo Lab = “TAR”

PACIENTE QUE RECIBE ESQUEMAS ESPECIALES

Esquema de segunda línea.- Es el tratamiento antirretroviral destinado a pacientes que fracasaron al esquema de primera línea. Debe ser elaborado en base a resultados de genotipificación.

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

- En el casillero 1º, según corresponda:
 - Infección por VIH sin SIDA o
 - SIDA
- En el casillero 2º Consejería de Soporte a Personas que viven con VIH/SIDA
- En el casillero 3º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º la sigla de la población en riesgo o población clave
- En el casillero 2º la sigla **“SLI”** que identifica a Medicamentos de segunda línea.
- En el casillero 3º el tratamiento: **“IA”** y en el siguiente campo Lab **“TAR”** solo al inicio de TARV, en los continuadores solo **“TAR”**

PACIENTE INICIA ESQUEMA DE SEGUNDA LÍNEA

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
18	22556698	10	Huancayo	3 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		N	N	1. Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	HSH	B24X	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería de Soporte a PVVS	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	SLI	99402.16
	95684	58			D	F	P	a		R	R	3. Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	99199.11
											P	D	R	TAR			
											P	D	R				
											P	D	R				

PACIENTE CONTINÚA TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	ED AD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
18	22556698	10	Huancayo	3 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		N	N	1. Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	HSH	B24X	
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería de Soporte a PVVS	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	SLI	99402.16
	95684	58			D	F	P	a		R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TAR	99199.11
											P	D	R				

Para los casos de abandonos y derivados en pacientes de segunda línea se registrarán en forma similar que para los esquemas de primera línea.

CUANDO SE REALIZA EN EL CONSULTORIO (PRUEBA RÁPIDA)

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

- En el casillero 1º Supervisión de Embarazo con Riesgo
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único (**Tamizaje para VIH**)
- En el casillero 4º la Consejería Post Test de acuerdo al resultado:
 - **NEGATIVO** **99401.34**
 - **REACTIVO** **99403.03**
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento [**TAR**]

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En los casilleros 2º y 4º de la Consejería Pre y Post Test
 - **"1"** si es la 1º Batería de laboratorio
 - **"2"** si es la 2º Batería de laboratorio
- En el casillero 3º registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
 - **RP** si el resultado es positivo
 - **RN** si el resultado es negativo
- En el casillero 5º el número de tratamiento: **"IA"** solo al inicio de TARV y en el siguiente campo Lab **"TAR"**

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
DIA	D.N.I.	FINAN C.	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			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
23	07033950	10	Chupaca	31	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	15654	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	b	Hb		R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	86703
												N	N	1. Consejería Post Test Positivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403.03
												C	C	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	99199.11
												R	R		P	D	R	TAR	

Sólo se registrará el inicio de TARV con "IA" en el campo Lab, en las siguientes sólo se registrará Administración de Tratamiento y en el campo Lab = TAR

En el caso de gestantes con pruebas reactivas para VIH, serán referidas a una IPRESS que administren TARV.

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En los casilleros 2º y 4º de la Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B pre y post test
 - **1** si es la 1º Batería de laboratorio
 - **2** si es la 2º Batería de laboratorio
- En el casillero 3º registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
 - **RP** si el resultado es positivo
 - **RN** si el resultado es negativo
- En el casillero 5º **"DRV"** indica la referencia a una IPRESS de mayor complejidad para su ingreso al TARV



7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDE NCIA	EDAD	S E X O	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDOM INAL	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ES TA BL ECI MIE NTO	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTIC O			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
23	07033950	10	Chupaca	31	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	15654	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	b	Hb	R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	86703
										N	N	1. Consejería Post Test Positivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403.03	
										C	C	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	99199.11	
										R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	DRV	

CUANDO EL TAMIZAJE ES REALIZADO CON PRUEBAS RÁPIDAS DUALES

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

- En el casillero 1º Supervisión de Embarazo con Riesgo
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único (**El prestador podrá escribir "Tamizaje para VIH" para la abreviatura del procedimiento**)
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH (No Reactivo o Reactivo) según sea
- En el casillero 5º Anticuerpo; Treponema Pallidum (**El prestador podrá escribir "Tamizaje de Sífilis" para la abreviatura del procedimiento**)
- En el casillero 6º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En los casilleros 2º y 4º de la Consejería Pre y Post test
 - 1 si es la 1º Batería de laboratorio
 - 2 si es la 2º Batería de laboratorio
- En el 3º y casillero 5º registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado:
 - RP si el resultado es positivo
 - RN si el resultado es negativo
- En el casillero 6º
 - 1 si es la 1º Batería de laboratorio
 - 2 si es la 2º Batería de laboratorio

Procedimientos realizados a través de la Primera Batería

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIE NTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Nathalie Rutte Ramos						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
02	06451254	58	Pangoa	32	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo normal no especificado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z349
	17515				<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	b	Hb	R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86703
										N	N	1. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	p	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401.34	
										C	C	2. Anticuerpo; Treponema Pallidum	p	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86780	
										R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	p	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.05	

Procedimientos realizados a través de la Segunda Batería

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIME TRO CEFALI CO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Nathalie Rutte Ramos						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
25	06451254	58	Pangoa	32	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo normal no especificado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z349
	17515				<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2	99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P			Hb	R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	86703
											N	N	1. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	p	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2	99401.34
											C	C	2. Anticuerpo; Treponema Pallidum	p	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	86780
											R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	p	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2	99402.05

TAMIZAJE CON PRUEBA DE ELISA EN GESTANTES


El personal de salud que se encuentra en los consultorios registra en un primer momento sólo la **Consejería Pre Test**; al evaluar el resultado debe registrar: **[87389] "Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único"** la consejería Post Test, toda vez que en laboratorio **NO** se registra HIS.

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

- En el casillero 1º Supervisión de embarazo con riesgo
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º Escriba 1, 2 ó 3 que corresponde al trimestre de gestación
- En el casillero de la Consejería Pre Test
 - **1** si es la 1ª Batería de Laboratorio
 - **2** si es la 2ª Batería de Laboratorio

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIME TRO CEFALI CO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ES TA BL ECI MIE NTO	SE RVIC IO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
02	03940723	10	San Ramón	21	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	84524	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P			Hb	R	R		P	D	R		

Cuando retorna con el resultado de Laboratorio
En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el casillero 1º Supervisión de embarazo de alto riesgo
- En el casillero 2º Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único:
- En el casillero 3º Consejería Post test para VIH de acuerdo al resultado:
 - **NO REACTIVO 99401.34**
 - **REACTIVO 99403.03**

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º el trimestre de embarazo 1,2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se realiza el tamizaje
- En el casillero 2º el resultado del tamizaje:
 - **RP** si el resultado es positivo
 - **RN** si el resultado es negativo

- En el casillero 3º el número de batería de laboratorio
 - 1 si es la 1ª Batería de Laboratorio
 - 2 si es la 2ª Batería de Laboratorio

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDE NCIA	EDAD	SE X O	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDOM INAL	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ES TABL ECI MIEN TO	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Katherine Ramón						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
23	07033950	10	pangoa	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	87389
	15654	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	Hb		R	R	3. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401.34

PACIENTE QUE RECIBE TARV E INICIA GESTACIÓN

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

- En el casillero 1º, según corresponda:
 - Infección por VIH sin SIDA o
 - SIDA
- En el casillero 2º Consejería de Soporte a Personas que viven con VIH/SIDA
- En el casillero 3º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 3º "TAR" de TARV

Continúan Tratamiento

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	ED AD	SE X O	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIEN TO	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								P	D	R					
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Luisa Barrera León						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
18	15033136	10	Huancayo	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Enfermedad por VIH que complica el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		0987
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería de Soporte a PVVV	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99402.16
	81692	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	Hb		R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TAR	99199.11

Los casos de gestantes con VIH se deben codificar con O987

TAMIZAJE PARA VIH EN TRABAJO DE PARTO

Esta forma de registro se usará sólo cuando no exista la certeza de que a la gestante se le realizó los tamizajes correspondientes a las baterías. Por ejemplo en gestantes referidas para atención de parto.

Esta es una actividad que no se realiza en consulta externa, pero por su importancia como indicador dentro de la atención integral, hace que se incluya en el registro HIS para complementar la información de la Estrategia.

El registro es individual y como para esta actividad siempre la prueba es "Prueba Rápida" la indicación del tipo de prueba en el campo Lab no es necesaria, solo se indicará el resultado y la diferenciación del registro de la consulta externa indicando utilizando el 2º campo Lab "RSA" de Riesgo Sanitario.

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

- En el casillero 1º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 2º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único
- En el casillero 3º Consejería Post test para VIH de acuerdo al resultado:
 - **NO REACTIVO 99401.34**
 - **REACTIVO 99403.03**

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º registre la sigla que identifique el resultado del tamizaje:
 - **RP** si el resultado es positivo
 - **RN** si el resultado es negativo
- En el siguiente casillero registre SIEMPRE la sigla “**RSA**” para indicar Riesgo Sanitario

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Yaneth Muñoz Artica						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
02	06451254	10	Pangoa	39	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.33	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	P						2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86703
	17515	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	a	b			R	R	3. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSA	99401.34

La sigla “RSA” es la única forma en el registro que permite diferenciar los tamizajes de VIH en Trabajo de Parto

Cuando el resultado es REACTIVO

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

- En el casillero 1º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 2º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único
- En el casillero 3º Consejería Post Test para VIH Reactivo
- En el casillero 4º Administración de Tratamiento [**TARV**]

⇒ **Se iniciará terapia antirretroviral triple desde las 14 semanas de gestación en adelante.**
 ⇒ **El tratamiento se continuará después del embarazo, independientemente del CD4 y carga viral y la mujer será incluida con el mismo esquema en el manejo TARV de adultos**

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
- En el casillero 3º registre SIEMPRE la sigla “**RSA**” para indicar Riesgo Sanitario
- En el casillero 4º el inicio de tratamiento “**IA**” sólo al inicio de TARV.
- En el siguiente casillero “**TAR**”

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Yaneth Muñoz Artica						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
02	06451254	10	Pangoa	32	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.33	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	P						2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	86703
	17515	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	a	b			R	R	3. Consejería Post Test para VIH Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSA	99403.03
												4. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	99199.11	
																TAR		

Sólo se registrará el inicio de TARV con “IA” en el campo Lab, en las siguientes atenciones sólo se registrará Administración de Tratamiento y en el campo Lab = TAR

En el caso de gestantes con pruebas reactivas para VIH atendidas en el 1º nivel de atención que no brinden atención integral de TARV serán referidas a una IPRESS de mayor complejidad

TAMIZAJE PARA VIH EN CASOS DE ABORTOS

Esta es una actividad que no se realiza en consulta externa pero por su importancia como indicador dentro de la atención integral, hace que se incluya en el registro HIS para complementar la información de la Estrategia. El registro es individual y como para esta actividad siempre la prueba es “Prueba Rápida” la indicación del tipo de prueba en el campo Lab no es necesaria, solo se indicará el resultado y la diferenciación del registro de la consulta externa anotando en el 2º campo Lab “RMA” de Riesgo Sanitario.

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

- En el casillero 1º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 2º HIV-1 y HIV-2, análisis único
- En el casillero 3º Consejería Post Test Negativo o Reactivo según corresponda

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 2º registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
 - **RP** si el resultado es positivo
 - **RN** si el resultado es negativo
- En el siguiente casillero registre SIEMPRE la sigla “**RMA**” para indicar Riesgo Sanitario

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22	
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		Yaneth Muñoz Artica				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___										
02	06451254	10	Pangoa	32	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99401.33	
	17515	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anticuerpos: HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86703
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	a	b		R	R	3. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RMA

La sigla “RMA” es la única forma en el registro que permite diferenciar los tamizajes de VIH en Aborto

RECIÉN NACIDO EXPUESTO (HIJO DE MADRE CON VIH)

LACTANCIA ARTIFICIAL (SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA)

ESQUEMA DE ENTREGA DE LECHE MATERNIZADA

Meses	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	Total
Número de Latas (400 - 500gr)	9	11	13	14	14	15	9	9	9	7	7	7	124
Valor en el campo Lab HIS	IA	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	TA	

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

- En el casillero 1º Administración de Tratamiento
- En el casillero 2º Lactancia Artificial RN de Madre con VIH
- En el casillero 3º Hijo de Madre Infeccionada con VIH

En el ítem **Tipo de diagnóstico** marque:

- En el casillero 1º y 2º “**D**” si es la primera entrega, en los siguientes “**R**”
- En el casillero 3º SIEMPRE “**R**”

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º el número de tratamiento entregado (del 1 al 12)
- En el casillero 2º de Lactancia artificial registrar “**IA**” y del 2 al 11 y en la última entrega (12º mes) se registrará como “**TA**”



RN EXPUESTO A VIH INICIA PROFILAXIS CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Karim Pérez Loayza						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___										
16	06451254	10	Pangoa	8	A	M	P		N	N	1. Administración de Tratamiento profiláctico a RN, hijo de Madre VIH (+)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99199.14
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Lactancia artificial RN madre VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	99199.15
	17515	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	P		R	R	3. Hijo de Madre Infeccionada con VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		Z2061

RN EXPUESTO A VIH TERMINA PROFILAXIS CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Karim Pérez Loayza						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___										
15	06451254	10	Pangoa	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		N	N	1. Administración de Tratamiento profiláctico a RN, hijo de Madre VIH (+)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	99199.14
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Lactancia artificial RN madre VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	99199.15
	17515	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	P		R	R	3. Hijo de Madre Infeccionada con VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		Z2061

NIÑOS(AS) TAMIZADOS CON PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) ANTES DE LOS 18 MESES

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

- En el casillero 1º Tamizaje con Prueba de PCR (Reacción en cadena de polimerasa)
- En el casillero 2º Hijo de Madre Infeccionada con VIH

En el ítem Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º en número de prueba 1 ó 2... según corresponda

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DIA	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Karim Pérez Loayza						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___										
16	06451254	10	Pangoa	1	A	M	P		N	N	1. Prueba de PCR (Reacción en cadena de polimerasa) para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	83898
					M	<input checked="" type="checkbox"/>	P		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Hijo de Madre Infeccionada con VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		Z2061
	17515	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	P		R	R	3.	P	D	R		

El Tamizaje con PCR se realiza al primer y tercer mes (1 y 3 meses) de edad. Sólo cuando corresponda como prueba adicional a los 6 meses de edad según Norma Técnica vigente

**Quando se tiene el resultado:**

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º registre:
 - **RP** cuando el resultado es POSITIVO
 - **RN** cuando el resultado es NEGATIVO

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIEN TO	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Karim Pérez Loayza						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
16	06451254	10	Pangoa	1	A	M	P			PESO		N	N	1. Prueba de PCR (Reacción en cadena de polimerasa) para VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	83898
					M		P			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Hijo de Madre Infeccionada con VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		Z2061
	17515	58			D		P			Hb		R	R	3.	P	D	R		

EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL

EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A VIH

- ⇒ **Exposición Ocupacional.** Acto en el cual un personal de salud (o personal sanitario), durante su jornada laboral, se expone a sangre, tejidos o fluidos potencialmente contaminados con VIH a través de una lesión percutánea (pinchazo o corte), o de mucosas o piel.
- ⇒ **Exposición No Ocupacional.** Acto en el cual una persona se expone a fluidos potencialmente contaminados con VIH fuera de situaciones ocupacionales.
 - ❖ **Violencia Sexual.** Acto de coacción hacia una persona con el objeto de que lleve a cabo una determinada conducta sexual. La violación sexual ocurre cuando un individuo obliga a otro a participar en un acto sexual en contra de su voluntad.
 - ❖ **Pareja Discordante.** Cuando en una pareja uno de sus miembros está infectado con VIH y el otro no.

EN EL CASO DE EXPOSICIÓN OCUPACIONAL

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

- En el casillero 1º Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único
(El prestador podrá escribir "Tamizaje para VIH" para la abreviatura del procedimiento)
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH [*puede ser reactivo 99403.03 o no reactivo 99401.34*]
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento

En el ítem **Tipo de diagnóstico** marque:

- En el casillero 1º **"D"** [*si es la primera vez que se reporta como caso*], si es un control o ya se notificó antes **"R"**
- En los siguientes casilleros todos **"D"** si el procedimiento se realiza por primera vez en el año, **"R"** para registrar los procedimientos repetidos en el mismo año.

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º **"VIH"** para indicar el tipo de exposición
- En el casillero 2º y 4º anote la sigla que identifique al personal de salud
 - **ST** = Solo si es Trabajador de Salud, en caso contrario deje en blanco [*ejemplo: Personal de Limpieza*]
- En el casillero 3º el resultado del tamizaje
 - **RP** si el resultado es positivo
 - **RN** si el resultado es negativo
- En el casillero 5º **"IA"** para indicar que inicia tratamiento o **"TA"** cuando se concluya el tratamiento, según corresponda.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
		10	12								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____													
02	05201474	10	Tarma	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO		N	N	1. Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	VIH	Z5781
	211230	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ST	99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	a	b	Hb		R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	86703
												N	N	1. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ST	99401.34
												C	C	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	99199.11
												R	R						



"En todo caso de accidente ocupacional al personal de salud expuesto se debe proceder a realizar una prueba de tamizaje basal. Posteriormente se realizarán serologías para VIH a las 6 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses post exposición"

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

- En el casillero 1º Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 3º Administración de Tratamiento
- En el ítem Tipo de diagnóstico marque:
- En el casillero 1º y 3º **"R"** SIEMPRE
- En el 2º, casillero **"D"** por ser la primera Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B en el año

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º **"VIH"** para indicar el tipo de exposición
- En el casillero 2º **"ST"** SOLO si es **Trabajador de Salud**, en caso contrario deje en blanco
- En el casillero 3º **"2"** para indicar que es la segunda administración del tratamiento

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDE NCIA	EDAD	S E X O	PERIME TRO CEFALI CO Y ABDOMI NAL	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ES TA BL ECI MIEN TO	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓST ICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
		10	12								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
02	05201474	10	Yauli	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P	C		PESO		N	N	1. Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	VIH	Z5781
	211230	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P	a		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	ST	99402.05
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	b		Hb		R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2	99199.11	

La última dosis del tratamiento se registra con **"TA"** en el campo Lab para indicar término de actividad



Para la consolidación de información de tratamientos: Relacionar la variable [99199.11] con [Z5781] sigla [VIH] ó variable [Z206] "Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]", así se obtendrán datos de Tratamiento Profiláctico para VIH por Exposición.

EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL
Violencia Sexual
Para el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el casillero 1º Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único
(El prestador podrá escribir "Tamizaje para VIH" para la abreviatura del procedimiento)
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH [*puede ser reactivo 99403.03 o no reactivo 99401.34*]
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º anote la sigla que identifique el motivo:
 - **VSX** = Por Violencia Sexual
- En el casillero 3º anote el tipo de prueba realizada
- En el casillero 5º **"IA"** para indicar que inicia tratamiento o **"TA"** cuando se concluya el tratamiento, según corresponda.

Para el registro de Exposición al VIH por Violencia Sexual **NO ES NECESARIO REGISTRAR** el diagnóstico de la agresión sexual si no se evidencia o se trata, es suficiente con la referencia del paciente.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI O	SER VICI O		TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12									P	D		



HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)		X	O	O Y ABDOMINAL		MIE	NTO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /									
02	85425741	10	La Merced	26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		PESO		N	N	1. Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	VSX	Z206
	11230	58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		Hb		R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		86703
										N	N	1. Consejería Post Test par VIH No Reactivo			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.03	
										C	C	2. Administración de Tratamiento			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	99199.11	
										R	R									

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIENTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	10								12	P	D			R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /									
02	85425741	10	La Merced	26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		PESO		N	N	1. Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	VSX	Z206
	11230	58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402.05
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		Hb		R	R	3. Administración de Tratamiento			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2	99199.11

Exposición Sexual de Alto Riesgo (Sexo sin preservativo, sexo con trabajadores/as sexuales)

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

- En el casillero 1º Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único (**Tamizaje para VIH**)
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH [**puede ser reactivo 99403.03 o no reactivo 99401.34**]
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º anote la sigla que identifique el motivo:
 - **RSA** = Por Riesgo Sanitario Alto
- En el casillero 3º anote el tipo de prueba realizada
- En el casillero 5º **"IA"** para indicar que inicia tratamiento o **"TA"** cuando se concluya el tratamiento, según corresponda.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIENTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	10								12	P	D			R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Damaris Pinto Toro											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /									
02	95325741	10	Callao	32	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		PESO		N	N	1. Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RSA	Z206
	11230	58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	P		Hb		R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		86703
										N	N	4. Consejería Post Test para VIH No Reactivo			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.34	
										C	C	5. Administración de Tratamiento			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	99199.11	
										R	R									



7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12									P	D			R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Damaris Pinto Toro						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____												
02	95325741	58	Callao	32	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RSA	Z206
	11230				<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99402.05
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	a	b	Hb		R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2

En el caso de otras formas de Exposición No Ocupacionales realice el mismo registro y utilice la sigla "OTR" en el campo Lab de "Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]"

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12									P	D			R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Ytzel Gajardo Pavez						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____												
30	98589889	10	La Merced	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RSA	Z206
	12345	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TA	99199.11
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	a	b	Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		10	12									P	D			R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Luis Lobos León						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____												
30	98589889	10	La Merced	37	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		PESO		N	N	1. Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	OTR	Z206
	12345	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TA	99199.11
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	a	b	Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	

En el caso de Parejas Discordantes

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

- En el casillero 1º Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único (**Tamizaje para VIH**)
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH [**puede ser reactivo 99403.03 o no reactivo 99401.34**]
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º anote la sigla que identifique el motivo:
 - **PAD** = Parejas Discordantes
- En el casillero 3º anote el tipo de prueba realizada
- En el casillero 5º "**IA,2,...TA**" "**IA**" para indicar que inicia tratamiento o "**TA**" cuando se concluya el tratamiento, según corresponda

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22		
DI A	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								ETNIA	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Damaris Pinto Toro						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /											
23	85425741	10	La Merced	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			N	N	1. Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PAD	Z206
	11120	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	b	Hb		R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>
									N	N	4. Consejería Post Test no reactivo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99401.34	
									C	C	5. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	IA	99199.11	
									R	R		P	D	R			

Fin de tratamiento

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22		
DI A	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								ETNIA	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Damaris Pinto Toro						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /											
23	85425741	10	La Merced	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			N	N	1. Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PAD	Z206
	11120	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	b	Hb		R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>
									N	N	4. Consejería Post Test no reactivo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		99401.34	
									C	C	5. Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TA	99199.11	
									R	R		P	D	R			



En todos los casos de Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH] se registra con tipo de diagnóstico "D" cuando se diagnostica, en las siguientes atenciones o durante el tratamiento se debe registrar con tipo de diagnóstico "R"

EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL PARA HEPATITIS
Exposición Ocupacional para Hepatitis

Contacto de Paciente con Infección con VHB: Es toda persona que tiene exposición a fluidos corporales (sangre, secreción vaginal, semen, etc.) o cohabita con un paciente con diagnóstico confirmado de infección por el yHB.

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

- En el casillero 1º Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 5º Tratamiento Profiláctico VIH por Exposición.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º "HB" para indicar el tipo de exposición
- En el casillero 2º "RN" o "RP" el resultado según sea el caso
- En el casillero 3º la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - ST = Trabajador de Salud
 - G = Gestante
 - P = Puérpera
 - PPL = Persona privada de su libertad
- En el casillero 4º "NOV" si el paciente no hubiera sido vacunado previamente, *en caso contrario dejar en blanco*



Exposición no ocupacional para Hepatitis

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTI CO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Damaris Pinto Toro						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____										
23	05201474	10	La Merced	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P		N	N	1. Contacto con y exposición a Hepatitis viral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	HB	Z205
	211230	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Detección de Hepatitis B (HBsAg)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	87342
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	P	a	b	Hb	R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R
									N	N	4. Administración Inmunoglobulina de la hepatitis B (HBig)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	NOV	90371
									C	C	5. Anticuerpo contra la Hepatitis C	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86803
									R	R		P	D	R		

ATENCIÓN PREVENTIVA DE ITS/VIH A POBLACIÓN CLAVE

Definición Operacional.- Es la atención preventiva para las Infecciones de Transmisión Sexual dirigida a la población clave: Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), Mujeres Transgénero (TRA) y Trabajadoras/es Sexuales y población privada de libertad, identificados para el diagnóstico y tratamiento respectivo de acuerdo a la RM N° 263-2009, NTS de manejo de Infección de Transmisión Sexual

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

- En el casillero 1º Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave
- En los demás casilleros registrar las actividades que correspondan a la atención según el control

En el ítem Tipo de diagnóstico marque “D” sólo si se trata de los procedimientos en el año

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º anote el número de control 1, 2... según corresponda. Cuando el TS/HSH/TRA/HTS/TTS sea **CONTROLADO** (según definición de la condición RM 650-2009/MINSA) registre “P”
- En el casillero 2º anote las siglas para indicar la población clave:
 - **TS** Trabajador Sexual
 - **HTS** HSH que es TS
 - **HSH** Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TTS** Transgéneros que es TS
 - **TRA** Transgéneros
- En el casillero 3º
 - **RP** si el resultado es positivo
 - **RN** si el resultado es negativo

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Karim Pérez Loayza						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___									
16	06451254	10	Jauja	1	A	M	P							1	99351
	17515	58			M		P							TRA	99401.33
							a						RN	86703	
															99101.34

En toda la población clave se deberá registrar “PV” en cualquier campo Lab libre, para indicar que ha sido tamizado para VIH por primera vez en su vida.

Definición de la condición:

- “N” = **TS/HSH No controlado**, de 0 a 1 atención durante los cuatro meses previos a la atención actual, excluyendo esta última como atención.
- “P” = **TS/HSH Controlado**, 2 atenciones durante los últimos cuatro meses previos a la atención actual, excluyendo esta última como atención.
- “C” = **TS/HSH Continuator en su condición de controlado**. 3 atenciones durante los últimos cuatro meses previos a la atención actual, excluyendo esta última como atención.

Para considerar Atención Preventiva al paciente (TS) Trabajador Sexual, (HSH) Hombre que tiene sexo con hombre, (TRA) Transgénero, (HTS) HSH que es TS, (TTS) Transgénero que es TS, se debe haber recibido 04 atenciones específicas mínimas:

- ⇒ Examen Clínico
- ⇒ Consejería Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- ⇒ Toma de Muestras para ITS (Sin incluir para Sífilis y VIH)
- ⇒ Entrega de Condones (no se registra en HIS)

En el caso de Tamizajes para VIH en espacios comunitarios (lugares de trabajo sexual, espacios de concentración, entre otros), se registrará de manera individual, de no contar con Historia Clínica se debe consignar de manera obligatoria el número de folio.

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

- En el casillero 1º Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave
- En los demás casilleros registrar las actividades que correspondan a la atención según el control

En el ítem Tipo de diagnóstico marque "R"
En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º anote el número de control 1, 2... según corresponda. Cuando el TS/HSH/TRA/HTS/TTS sea **CONTROLADO** (según definición de la condición RM 650-2009/MINSA) registre **"P"**
- En el casillero 2º el resultado de la prueba rápida:
 - **RP** = Resultado Positivo
 - **RN** = Resultado Negativo
- En el casillero 3º anote las siglas para indicar el grupo de riesgo:
 - **TS** Trabajador Sexual
 - **HSH** Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** Transgéneros
 - **HTS** HSH que es TS
 - **TTS** Transgéneros que es TS

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		Karim Pérez Loayza				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
16	06451254	10	Jauja	24	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	P	99351
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	C			TALLA	C	C	2. Anticuerpo: Treponema Pallidum	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	86780
	17515	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	a			Hb	R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TS	99402.05

Debe considerar que la condición de ingreso "N", "C" o "R" está relacionada al establecimiento o al servicio y no a la Atención Médica Periódica, es decir que si una persona TS/HSH/TRA/HTS/TTS está controlándose en algún establecimiento de salud y cambia a otro establecimiento, en el registro HIS se debe considerar en la condición al establecimiento y servicio N – N respectivamente, pero en el registro de la Consulta de Prevención de ITS/VIH se debe consignar el número de control que le corresponda (en el campo Lab), según tarjeta de control de AMP; esto durante el año de evaluación.

CONSEJERÍA/ORIENTACIÓN EN PREVENCIÓN DE ITS, VIH, HEPATITIS B PARA CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN TRABAJADORAS(ES) SEXUALES, HSH Y TRANSGÉNERO
Para el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el casillero 1º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B Integral

En el ítem Tipo de diagnóstico marque "D"
En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º anote el grupo de riesgo:
 - **TS** Trabajador Sexual
 - **HSH** Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** Transgénero
 - **HTS** HSH que es TS
 - **TTS** Transgénero que es TS
 - **ST** Trabajador de Salud

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		Karim Pérez Loayza				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
10	50546921	10	Lima	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	P			PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS	99402.05
	40478	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	C			TALLA	C	C	2. Provisión de Lubricantes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99208.03



					D	P a b		Hb		R	R	3.		P	D	R		
--	--	--	--	--	---	-------------	--	----	--	---	---	----	--	---	---	---	--	--

INTERVENCIÓN DE EDUCADORES PARES

Estrategia educativa que consiste en brindar orientación y educación preventiva en ITS y VIH/SIDA a través de un par, sujeto con semejantes características y que pertenece a la población objetivo de grupos con elevada prevalencia para las ITS y el VIH/SIDA (trabajadoras(es) sexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres y Trans.

Sesiones Educativas a Población Clave

En el ítem **Historia Clínica** anote el APP que corresponda al grupo poblacional o de riesgo.

- APP147 Actividades con Hombres que hacen Sexo con Hombres (HSH)
- APP148 Actividades con Trabajadores Sexuales (TS)
- APP167 Actividades con Población Transgénero (TRA)

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

- En el casillero 1º Sesión Educativa
- En el casillero 2º Actividades de la Estrategia Sanitaria Nacional de Infecciones de Trasmisión Sexual y VIH-SIDA

En el ítem **Tipo de diagnóstico** marque siempre “D” para ambos casilleros

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º el número de personas
- En el casillero 2º diferencie si son:
 - **HTS** = Si el TS es HSH
 - **TTS** = Si el TS es Trans
 - **En Blanco** = Si es TS femenina

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIEN TO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___											
16	APP148		Iquitos		A	M	P		PESO	N	N	1. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	C0009
					M	F	P		TALLA	C	C	2. Actividades de ESPCVIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	HTS	U0064
					D	F	a	b	Hb		R	R	3.	P	D	R	

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIEN TO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___											
25	APP148		Iquitos		A	M	P		PESO	N	N	1. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	C0009
					M	F	P		TALLA	C	C	2. Actividades de ESPCVIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TTS	U0064
					D	F	a	b	Hb		R	R	3.	P	D	R	

Cuando la actividad esté dirigida a HSH

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIEN TO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___											
25	APP147		Iquitos		A	M	P		PESO	N	N	1. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	C0009
					M	F	P		TALLA	C	C	2. Actividades de ESPCVIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0064
					D	F	a	b	Hb		R	R	3.	P	D	R	



					D	P a b		Hb		R	R	3.		P	D	R		
--	--	--	--	--	---	-------------	--	----	--	---	---	----	--	---	---	---	--	--

Las siglas en el 2º campo Lab son solo para HTS y TTS o TS femeninas, en el caso de HSH y TRANS no TS deje en blanco

- APP147 Actividades con hombres que hacen sexo con hombres (HSH)
- APP148 Actividades con trabajadores sexuales (TS)
- APP167 Actividades con Población Transgénero (TRA)

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

- En el casillero 1º Sesión Demostrativa
- En el casillero 2º Actividades de la Estrategia Sanitaria Nacional de Infecciones de Trasmisión Sexual y VIH-SIDA

En el ítem **Tipo de diagnóstico** marque siempre **“D”** para ambos casilleros

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º el número de personas
- En el casillero 2º diferencie si son:
 - **HTS** = Si el TS es HSH
 - **TTS** = Si el TS es Trans
 - **En Blanco** = Si es TS femenina

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___											
15	APP167		Iquitos		A	M	P		PESO	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	9	C0010
					M	F	P		TALLA	C	C	2. Actividades de ESPCVIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0064
					D	F	P		Hb	R	R	3.	P	D	R		

Cuando sea HSH

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22		
DI A	D.N.I.	FINAN C. 10	DISTRITO DE PROCEDENCIA 12	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___											
15	APP147		Iquitos		A	M	P		PESO	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	C0010
					M	F	P		TALLA	C	C	2. Actividades de ESPCVIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TTS	U0064
					D	F	P		Hb	R	R	3.	P	D	R		

Las siglas en el 2º campo Lab son sólo para HTS y TTS o TS femeninas, en el caso de HSH y TRANS no TS deje en blanco

ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES (APP)

Visita Familiar Integral (C0011)

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.

Otras Actividades

Adicionalmente se pueden registrar las siguientes actividades:

- C2071 Organización de campaña de difusión a través de materiales impresos
- C2081 Difusión a través de materiales impresos y magnéticos (volantes, trípticos, afiches, gigantografías)
- C2091 Difusión a través de medios auditivos locales (perifoneo)
- C2101 Difusión en medios Masivos
- C3031 Desarrollo de encuentros de participación comunitaria y empoderamiento social
- C3041 Constitución de Comités de Agentes Comunitarios en Salud
- C3151 Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud
- C3011 Taller de Participación Comunitaria y Empoderamiento Grupal
- C0021 Visita Comunitaria Integral
- C3001 Reunión de Participación Comunitaria y Empoderamiento Grupal
- C0011 Visita familiar integral

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

En el ítem Historia Clínica anote el APP que corresponda al grupo poblacional o de riesgo

- APP151 Actividades en mujeres
- APP152 Actividades en gestantes
- APP153 Actividades en puerperas
- APP147 Actividades con hombres que hacen sexo con hombres
- APP148 Actividades con trabajadores sexuales

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

- En el casillero 1º:
 - C2081 Difusión a través de materiales impresos y magnéticos (volantes, trípticos, afiches, gigantografías)
 - C2091 Difusión a través de medios auditivos locales (perifoneo)
 - C2101 Difusión en medios Masivos
- En el casillero 2º Actividades de la Estrategia Sanitaria Nacional de Infecciones de Trasmisión Sexual y VIH-SIDA

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

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º el número de Spots

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22										
DI A	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT										
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																			
15	APP123		Iquitos		A	P C	PESO	N	N	1. Difusión en medios Masivos	P	D	R	5	C2091										
					M											P a b	TALLA	C	C	2. Actividades de ESPCVIH	P	D	R		U0064
					D																				

**Actividades con Adolescentes:**

En el ítem **Historia Clínica** anote SIEMPRE **APP141** de **Actividades con Adolescentes**

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

- En el casillero 1º Animación Socio Cultural (Encuentro Juvenil)
- En el casillero 2º Estrategia Sanitaria Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA

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

En el ítem Lab anote:

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22							
DI A	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT							
		10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____																
15	APP141		Loreto		A	M	P C	PESO	N	N	1. Desarrollo de encuentros de participación comunitaria y empoderamiento social	P	D	R	18	C3031						
					M							F	P a b	TALLA	C	C	2. Actividades de ESPCVIH	P	D	R		U0064
					D													Hb	R	R	3.	P



MINISTERIO DE SALUD

Av. Salaverry 801 - Jesús María, Lima

Telef: (01) 315 6600

www.gob.pe/minsa

INFOSALUD: 0800-10828