



Manual del Registro y Codificación para el Manejo Preventivo y Terapéutico de la Anemia por Deficiencia de Hierro

Sistema de Información HIS MINSA



PERÚ

Ministerio de Salud

EL PERÚ PRIMERO



Manual de Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo y terapéutico de la Anemia por deficiencia de Hierro / Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información; Lima: Ministerio de Salud; 2019

ESTADÍSTICAS DE SALUD / ANEMIA/ SISTEMA DE REGISTRO / DEFICIENCIA DE HIERRO / SALUD MATERNO INFANTIL / TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS / NORMAS TÉCNICAS / HISMINSA



“Manual de Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo y terapéutico de la Anemia por deficiencia de Hierro”

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

Equipo de Trabajo:

- Lic. Alejandro Daniel Saco Valdivia – Director Ejecutivo de Promoción de la Salud
- Lic. Gladys María Garro Núñez – Directora Ejecutiva Oficina Gestión de la Información
- Lic. Jorge Antonio Miranda Monzón, Jefe de Equipo de la Oficina de General de Tecnología de la Información.
- Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina de General de Tecnología de la Información.
- Lic. Julie Mariaca Oblitas, Equipo Técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Lic. María de los Angeles Tantalean Sanchez, Equipo Técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Lic. Jaqueline Lino Calderon, Equipo Técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Lic. Josefina Pomachahua Paucar, Equipo Técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Ing. Adhemir Bellido Delgado, Equipo Técnico de la Oficina de General de Tecnología de la Información.
- Ing. Wilson Urviola Zapata, Equipo Técnico de la Oficina de General de Tecnología de la Información.

Diseño y Diagramación

Bach. Julie Guillén Ramos

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N°801, Lima 11, Perú Telf.: (51-1)
315-6600 <http://www.minsa.gob.pe>
webmaster@minsa.gob.pe

Edición, Agosto 2019.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Oficina General de Tecnologías
de la Información



Elizabeth Zulema Tomas Gonzales

Ministra de Salud

Neptalí Santillán Ruiz

Viceministra de Salud Pública

Rosario Esther Tapia Flores

Secretario General

Jhon Henry García Ruiz

Director General

Dirección General de Tecnologías de la Información

Gustavo Martín Rosell de Almeida

Director Ejecutivo

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública



PRESENTACION

El presente documento corresponde al manual del registro y codificación del manejo preventivo y terapéutico de la Anemia, elaborado según la Norma Técnica Nro. 134 **“Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas”**, bajo los criterios de estandarización de la información. En él se plasman ejemplos prácticos en los escenarios más frecuentes de la realidad nacional en la atención poblacional de Niños, Adolescentes y Gestantes.

La medición de hemoglobina es reconocida como el criterio clave para el diagnóstico de anemia, de este modo puede aceptarse como indicador indirecto del estado nutricional de hierro en niños, adolescentes y gestantes como estrategia de intervención sanitaria a fin de mejorar el estado de salud y a su vez fortalecer las políticas públicas para la prevención y tratamiento de la anemia nutricional.

Asimismo, el correcto registro de las prestaciones en el HISMINSA asegura la calidad de la información y por ende el seguimiento de los indicadores, Multisectoriales, Fondo de Estimulación al Desempeño (FED), entre otros con el fin de apoyar en las mejoras de las coberturas sanitarias.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Oficina General de Tecnologías
de la Información

*Manual de Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo
y terapéutico de la Anemia por deficiencia de Hierro*

REGISTRO Y CODIFICACION DE LA INFORMACIÓN PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

Sistema de Información HIS

MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

2019



CONTENIDO

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	2
I. REGISTRO HIS - DETECCIÓN - TAMIZAJE DE ANEMIA	3
Registro de Actividades en el HIS	3
Detección	4
Dosaje de Hemoglobina en Laboratorio.....	4
Tamizaje con Hemoglobinómetro en los Servicios	5
II. MANEJO PREVENTIVO DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES Y PUÉRPERAS	6
Manejo Preventivo de Anemia en Niños	6
Manejo Preventivo en Niños de 36 A 59 Meses	9
Manejo Preventivo de Anemia en Mujeres Adolescentes de 12 a 17 años	13
Manejo Preventivo en Gestantes y Puérperas.....	15
III. MANEJO TERAPEÚTICO DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES Y PUÉRPERAS	16
Manejo Terapéutico de Anemia en Niños	16
Manejo Terapéutico de Anemia en Niños de 6 meses a 11 años	20
Manejo Terapéutico de Anemia en Adolescentes de 12 a 17 años	22
Manejo Terapéutico en Gestantes y Puérperas.....	23
IV. FAMILIA SALUDABLE	24
Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos:.....	24
V. VISITAS DOMICILIARIAS (VD)	26
Visita Domiciliaria realizada por Personal de Salud.....	26



REGISTRO DE LA INFORMACIÓN PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

CONTENIDOS TÉCNICOS

Registro de Información:

Los códigos frecuentemente usados son:

Código	Diagnóstico / Actividad
Detección/Tamizaje:	
85018	Dosaje de Hemoglobina (1,2,3,4,5,6) Tipo de Diagnóstico "P" cuando se emite la orden Tipo de Diagnóstico "D" cuando se tiene los resultados
Manejo Preventivo de Anemia en Niños, Adolescentes, Gestantes y Puérperas:	
Z298	Administración preventiva de Sulfato Ferroso. En LAB: (SF1, SF2, . . ., SF9, S10, S11, S12).
Z298	Administración preventiva de Hierro Polimaltosado En LAB: (P01, P02, ..., P09, P10, P11, P12).
Z298	Administración preventiva de Micronutrientes. En LAB: (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12).
TA	Término de Administración Preventiva
Diagnóstico:	
D50.0	Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica).
D50.8	Otras anemias por deficiencia de hierro.
D50.9	Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones.
D64.9	Anemia de tipo no especificado.
O99.0	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio.
	En LAB: (LEV, MOD, SEV, VACÍO ¹) Tipo de Diagnóstico "D" cuando es la primera consulta Tipo de Diagnóstico "R" para las siguientes consultas del tratamiento
Manejo Terapéutico:	
U310	Administración Terapéutica de Sulfato Ferroso. En LAB: (SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6)
U310	Administración Terapéutica de Hierro Polimaltosado. En LAB: (P01, P02, P03, P04, P05, P06)
TA	Término de Administración Terapéutica
PR	Paciente Recuperado
Atención Nutricional	
99209	Consulta Nutricional/Atención en Nutrición ² (1,2,3, ...)
99403	Consejería Nutricional ³ (1,2,3, ...)
Familia Saludable	
C0010	Sesión Demostrativa. En LAB: (ALI)
C0011	Visita Familiar Integral
99401	Consejería Integral

¹ Vacío= En los casos de recién nacidos hasta los 6 meses, **no se señala nivel de severidad**

² Lo realiza el profesional Nutricionista

³ Lo realiza el Profesional de Salud capacitado en Consejería Nutricional



I. REGISTRO HIS - DETECCIÓN - TAMIZAJE DE ANEMIA

Registro de Actividades en el HIS

El presente documento, describe a manera de ejemplo la forma de registrar en las hojas HIS los principales procesos que pueden ocurrir durante la atención de los pacientes, que acuden a los servicios de salud, en relación al manejo preventivo y terapéutico de la Anemia.

En el campo **DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD**, se anotará:

En la primera Fila, la atención con la que se vincula el manejo preventivo o terapéutico de la Anemia, la que puede realizarse en los servicios de Medicina, Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Atención del Adolescente, Control de la Gestante o en Nutrición.

En el campo **LAB** en el caso de ser la primera atención se colocará **"1"** y se continuará la numeración según se realicen las actividades programadas.

En las siguientes Filas, se anotan las actividades realizadas como: Dosaje de Hemoglobina (si lo hace en el servicio), Lectura de Resultados⁴, el Manejo Preventivo o Terapéutico según corresponda y las acciones de Monitoreo y Seguimiento en el Establecimiento de Salud y/o en el Hogar.

El **Tipo de Diagnóstico** puede ser **P= Presuntivo**, **D= Definitivo** y **R= Repetitivo**, recordar que solo puede marcar una posibilidad por cada Fila, una vez que se conozca el Diagnóstico en la visita de Lectura de Resultado, marcar **D** y luego en las siguientes consultas marcar **R**.

En el campo **CÓDIGO CIE/CPT** Según el resultado de la hemoglobina, existen dos esquemas de manejo: **PREVENTIVO** o **TERAPÉUTICO**

- **Z298** para Manejo Preventivo o
- **U310** para Manejo Terapéutico

En el campo LAB se registra la administración según corresponda:

- Administración de Hierro Polimaltosado: **P01, P02, P03, P04, P05, P06, P07, P09, P10, P11, P12.**
- Administración de Sulfato Ferroso : **SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6, SF7, SF8, SF9, S10, S11, S12.**
- Administración de Micronutrientes : **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.**

Ver Guía de Registro en el Anexo 2.

El campo **Hb⁵**, se completará cuando se disponga del resultado de Hemoglobina, la información registrada corresponderá **al valor observado, sin ajuste por altitud.**

⁴ Cuando el Dosaje de Hemoglobina se realiza en el Laboratorio.

⁵ Ítem 16 del formato HIS - Evaluación Antropométrica y de Hemoglobina.

Detección

Dosaje de Hemoglobina. - Es la medición de la concentración de hemoglobina o hematocrito que se realiza para **detectar la Anemia**⁶, hacer el **Monitoreo** de los casos y determinar su **Recuperación**.

Momentos en el que se debe de realizar el Dosaje de Hemoglobina según Prevención o Tratamiento

Grupo Etéreo	Prevención	Tratamiento
Recién Nacido	6 meses	A los 3 y 6 meses de iniciado tratamiento
Prematuro y/o con Bajo Peso al Nacer (<6 meses)	12 meses 18 meses	
Niños a Término con Adecuado Peso al Nacer (Hasta 11 años de edad)	> 24 meses es 1 vez al año	Al mes, y a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento
Mujeres Adolescentes		Al mes, y a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento
Gestantes y Puérperas	1° Medición: Primer Control Prenatal (inicio de suplementación preventiva) 2° Medición: Sem 25 a 28 de Gestación 3° Medición: Sem 37 a 40 de Gestación 4° Medición: a los 30 días post parto (Fin de la Suplementación)	En Anemia Leve y Moderada: Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance niveles de 11 gr/dl a más

Fuente: En base a la NTS N°134-2017/MINSA/NORMA TECNICA PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUERPERAS – R.M. N°250-2017/MINSA y la NTS N°137-2017/MINSA/NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS – R.M. N°537-2017/MINSA. RM 643-2018-MINSA

Los resultados del Dosaje de Hemoglobina identifican la anemia y definen el inicio del enfoque **Preventivo** o **Terapéutico**, tal como se señala a continuación:

Grupo Etéreo	Diagnóstico	Manejo
< 6 meses	Sin Anemia	Preventivo
	Con Anemia	Terapéutico
6 meses a 5 años, 5 a 11 años, Adolescentes, Gestantes y Puérperas	Sin Anemia	Preventivo
	Anemia Leve	Terapéutico
	Anemia Moderada	Terapéutico
	Anemia Severa	Manejo inmediato como Anemia Moderada y referir a Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive

Fuente: En base a la NTS N°134-2017/MINSA/NORMA TECNICA PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUERPERAS – R.M. N°250-2017/MINSA

Dosaje de Hemoglobina en Laboratorio

La detección de Anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de laboratorio según norma técnica; el procedimiento se inicia solicitando el “Dosaje de hemoglobina”, debiendo registrarse con tipo de diagnóstico “Presuntivo”; una vez obtenido el resultado se dará lectura y registrará el Diagnóstico “Definitivo” en la siguiente atención.

a. Solicitud de Dosaje con atención en servicio de CRED:

85018 = Dosaje de Hemoglobina en **Tipo de Diagnóstico** se marcará “P” cuando se emita la orden y en **LAB** se colocará el número secuencial de pedido (1,2,3,4,5,6...)

⁶ Conforme a Normatividad vigente



Solicitud del Dosaje de Hemoglobina:

Table with patient information: 2018, NOVIEMBRE, C.S. Cristo Salvador, 301203 - Enfermería, Pedro Torres Perez. Includes fields for patient name, address, and medical history.

b. Resultado de Dosaje de Hemoglobina:

85018 = Dosaje de Hemoglobina en el casillero Tipo de Diagnóstico se marcará "D" y en LAB se colocará el número secuencial de respuesta (1,2,3,4,5,6...) cuando se disponga del resultado.

Resultado del Tamizaje:

Paciente retorna al servicio al día siguiente con los resultados del laboratorio.

Table with patient information and results: 2018, NOVIEMBRE, C.S. Cristo Salvador, 301203 - Enfermería, Pedro Torres Perez. Includes results for 'Control de Crecimiento y Desarrollo' and 'Dosaje de Hemoglobina'.

Tamizaje con Hemoglobinómetro en los Servicios

El Dosaje de Hemoglobina se realiza en cualquier Unidad Prestadora de Servicio o campaña extramural, lo pueden realizar los responsables de la Atención del Niño, Adolescentes, Gestantes, Puérperas; siempre y cuando dispongan del equipo y han participado de la capacitación respectiva7, esta estrategia permite tener el resultado inmediatamente.

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

- En la Fila 1°: Atención en Nutrición
En la Fila 2°: Dosaje de Hemoglobina

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En la 1 ° Fila: marque "D"
En la 2 ° Fila: marque "D" (indica que se tiene el resultado el mismo día)

En el ítem LAB:

- En la 1 ° Fila: Número de Control "1"
En la 2 ° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina

Código CIE/CPT:

- En la 1 ° Fila 99209
En la 2 ° Fila 85018

7 Conforme normativa vigente.



Ejemplo: Dosaje de Hemoglobina en el servicio de Nutrición

2 AÑO		3 MES		4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																			
2018		NOVIEMBRE																													
7		8		9		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22					
DIA		D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB.		CÓDIGO CIE / CPT					
FICHA FAMILIAR		ETNIA		CENTRO POBLADO (*)																											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Arturo Brandan Muñoz FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01 / 11 / 2018																															
03		78754693		1		Lince		6		A		PC		PESO		8		N		N		1. Atencion en Nutricion		P		R		1		99209	
		123456346		58				6		F		Pab		TALLA		67		X		X		2. Dosaje de Hemoglobina		P		R		1		85018	
		2456						6		D		Pab		Hb		12		R		R		3.		P		D		R			

II. MANEJO PREVENTIVO DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES Y PUÉRPERAS

Manejo Preventivo de Anemia en Niños

- i. En niños con bajo peso al nacer y/o prematuros, la suplementación con gotas de Hierro Polimaltosado o Sulfato Ferroso se inicia a los **30 días** de nacido hasta **antes** de cumplir los 6 meses de edad.
- ii. En niños nacidos a término con adecuado peso al nacer la suplementación con gotas de Hierro Polimaltosado o Sulfato Ferroso se inicia a los **4 meses hasta antes** de cumplir los 6 meses de edad.
- iii. A partir de los **6 meses ambos casos continúan con micronutrientes** hasta completar los 360 sobres (1 sobre por día).
- iv. El niño que **No inició suplementación a los 6 meses, podrá hacerlo en cualquier momento** hasta que cumpla los 5 años.
- v. Si el Establecimiento de Salud no dispone de micronutrientes los niños **podrán recibir hierro en otras presentaciones como gotas o jarabe de Sulfato Ferroso o Hierro Polimaltosado**.
- vi. Si se **suspendió el consumo de micronutrientes, este deberá retomarse**, hasta completar los 360 sobres (12 entregas).
- vii. **Todos los niños, suplementados con hierro deben de recibir, Consejería Nutricional** para reforzar la importancia de la suplementación y asegurar la adherencia, advertirles de los posibles efectos colaterales y la forma de evitarlos.
- viii. Cuando se haya **comprobado el consumo de la última entrega se registrará "TA"** en el campo LAB para indicar NIÑO SUPLEMENTADO.

Se presentan 2 esquemas de Manejo Preventivo de Anemia en menores de 3 años:

I. Esquema de Manejo Preventivo de Recién Nacido Prematuro o con Bajo Peso al Nacer

NACIMIENTO	EDAD EN MESES	Esquema I																		Esquema II																		
		0	1	2	3	4	5	6 (*)	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	0	1	2	3	4	5	6 (*)	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
NACIDO CON BAJO PESO Y/O PREMATURO	Gotas de Sulfato Ferroso	SF1	SF2	SF3	SF4	SF5	TA	SF1	SF2	SF3	SF4	SF5	SF6	SF7	SF8	SF9	SF10	SF11	SF12	TA	SF1	SF2	SF3	SF4	SF5	SF6	SF7	SF8	SF9	SF10	SF11	SF12	TA					
	Gotas de Hierro Polimaltosado	P01		P02		TA	D	P01	P02	P03	P04	P05	P06	D	P07	P08	P09	P10	P11	P12	D	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	D				
	Micronutrientes							D	1°	2°	3°	4°	5°	6°	D	7°	8°	9°	10°	11°	12°	D	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	D			
NACIDO A TÉRMINO CON PESO NORMAL AL NACER	Gotas de Sulfato Ferroso						SF1	SF2	TA	SF1	SF2	SF3	SF4	SF5	SF6	SF7	SF8	SF9	SF10	SF11	SF12	TA	SF1	SF2	SF3	SF4	SF5	SF6	SF7	SF8	SF9	SF10	SF11	SF12	TA			
	Gotas de Hierro Polimaltosado					P01	TA	J	P01	P02	P03	P04	P05	P06	J	P07	P08	P09	P10	P11	P12	J	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	J			
	Micronutrientes							J	1°	2°	3°	4°	5°	6°	J	7°	8°	9°	10°	11°	12°	J	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	J			
Actividades Complementarias	Lactancia Materna		Visita Domiciliaria																		Sesiones Demostrativas																	

(*) Si el establecimiento no cuenta con Micronutrientes podrá seguir usando las gotas o jarabe de hierro según el peso corporal del niño.



En niños Recién Nacidos Prematuros o Bajo Peso al Nacer

(A partir de los 30 días de nacido)

- Z298 Administración de Sulfato Ferroso (SF1, SF2, SF3, SF4, SF5) o
- Z298 Administración de Hierro Polimaltosado (P01, P02, P03, P04, P05)
- TA Al final del periodo de suplementación se registra **TA** (Término de Administración gotas de hierro antes del Inicio de los Multi micronutrientes)

Luego:

- Z298 Administración de Micronutrientes (1, 2, 3, 4, 5,12)
- TA Al final del esquema se coloca **TA** (Término de Administración de Multi micronutrientes)

Ejemplo: Niño Prematuro con Bajo Peso al Nacer:

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

- En la 1° Fila: Recién Nacido Prematuro.
- En la 2° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado.
- En la 3° Fila: Consejería Nutricional.

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Se coloca el número de control según corresponda "1,2,3, ..."
- En la 2° Fila: Tipo de Suplementación y Número de Control "P01" ó "SF1"
- En la 3° Fila: Se coloca el número de consejería según corresponda "1,2,3, ..."

Código CIE/CPT:

Registre los códigos asociados a cada Diagnóstico/procedimiento

- En la 1° Fila: P073 Recién Nacido Prematuro
- En la 2° Fila: Z298 Administración de Suplementación
- En la 3° Fila: 99403 Consejería Nutricional

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC VICIO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE/ CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO(*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Dieguito Armendariz Soto				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 28/03/2018						(*)FECHA DE NACIMIENTO: 30/01/2018					
31/03	78754693	1	Comas	A	M	PC	PESO 3.6	N	X	1. Recién Nacido Prematuro	P	D	X	1	P073
	123456789			M			TALLA 52	X	C	2. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P01	Z298
	2456			D	F	Pab	Hb 14	R	R	3. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403

En niños Nacidos a Término con Buen Peso al Nacer (a partir de los 4 meses)

- Z298 Administración de Sulfato Ferroso (SF1, SF2, ..., SF9, S10, S11, S12).
- Z298 Administración de Hierro Polimaltosado (P01, P02, ..., P09, P10, P11, P12).
- TA Al final del periodo se coloca **TA** (Término de Administración gotas de hierro antes del Inicio de los MN)
- Z298 Administración de Micronutrientes MN (1, 2, 3, 4, 5,12)
- TA Al final del periodo de suplementación se coloca **TA** (Término de Administración)

Ejemplo Niño Nacido a Término con Adecuado Peso al Nacer:

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

- En la 1° Fila: Atención realizada al niño (Atención en Medicina, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Nutrición, entre otras)
- En la 2° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 3° Fila: Consejería Nutricional



En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo “D”

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control “1,2,3, ...”
- En la 2° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega “P01” ó “SF1”
- En la 3° Fila: Consejería Nutricional “1”

En el ítem Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z001 Atención en el servicio CRED
- En la 2° Fila: Z298 Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 3° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Ejemplos de suplementación con hierro en gotas.

Inicio de Suplementación con Hierro Polimaltosado

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLÍNICA	FICHA FAMILIAR										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Arturito Garcia Quispe</i>												FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO: 1/01/2018		
31/04	78754693		1	Comas	4	A	PC	Peso	N	N	1. Control de de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	4	Z001	
	123456789					M	F	Talla	X	X	X	2. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P01	Z298
	2456					D	F	Hb	R	R	R	3. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403

Formato de TA por Término de la Suplementación de Hierro Polimaltosado e Inicio con Micronutrientes y Dosaje de Hemoglobina a los 6 meses

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLÍNICA	FICHA FAMILIAR										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Arturito Garcia Quispe</i>												FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: 30/06/2018			(*)FECHA DE NACIMIENTO: 30/01/2018		
30/06	78754693		1	Comas	6	A	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	6	Z001	
	123456789					M	F	TALLA	X	X	X	2. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	TA	Z298
	2456					D	F	Hb	11	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO:		
						A	PC	PESO	N	N	1. Administración de Micronutrientes	P	X	R	1	Z298	
						M	F	TALLA	X	X	X	2. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
						D	F	Hb		R	R	3.	P	D	R		

En caso de iniciar la suplementación posterior a los 4 meses ya no aplica registrar el “TA”; al sexto mes sí corresponde iniciar el registro del esquema de suplementación de 6 a 35 meses.

II. Esquema de Manejo Preventivo de 6 a 35 meses

Inicio de suplementación con Micronutrientes

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN													
2018	Junio	C.S. Cristo Salvador	301203 - Enfermería	DNI: 99998888	Padro Torres Perez												
DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLÍNICA	FICHA FAMILIAR										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Rosmary Garcia Mendoza</i>												FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: 01/06/2018			(*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/01/2018		
30/06	78754693		1	Comas	6	A	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	6	Z001	
	123456789					M	F	TALLA	X	X	X	2. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	TA	Z298
	2456					D	F	Hb	11	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /			(*)FECHA DE NACIMIENTO:		
						A	PC	PESO	N	N	1. Administración de Micronutrientes	P	X	R	1	Z298	
						M	F	TALLA	X	X	X	2. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
						D	F	Hb		R	R	3.	P	D	R		



Término de Suplementación con MN y Dosaje de Hemoglobina

Table with columns for patient information, clinical history, and treatment details. Includes fields for name, address, date of birth, and specific medical interventions like 'Control de Crecimiento y Desarrollo'.

Si los Servicios de Salud identifican niños entre 6 y 36 meses que no hayan recibido suplementación o tratamiento podrán iniciarlo en cualquier momento antes de los 36 meses según esquema anterior.

Manejo Preventivo en Niños de 36 A 59 Meses

Los niños de 36 a 59 meses que no presentan anemia deben de recibir un esquema de suplementación preventiva con Micronutrientes y Hierro, conforme al siguiente cuadro:

Table with 5 columns: Condición del Niño, Edad de Administración, Dosis (Vía Oral), Producto a Utilizar, and Duración. It details the dosage and frequency of iron supplements for children aged 36 to 59 months.

Se registra "TA" cuando se verifique el consumo de suplementación de seis meses por año (3 y 4 Años)

Cuando la suplementación se realiza en Controles CRED Sulfato Ferroso, Polimaltosado o Mn:

Table showing the schedule for iron supplementation (SF1, SF2, P01, P02) and micronutrients (1°, 2°, TA) across different CRED visits (36 to 47 months).

Table showing the schedule for iron supplementation (SF1, SF2, P01, P02) and micronutrients (1°, 2°, TA) across different CRED visits (48 to 59 months).



Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en Medicina, Nutrición o Control de Crecimiento y Desarrollo
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Micronutrientes
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo “D”

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina “1”
- En la 3° Fila: Número de entrega de Micronutrientes (1, 2, ..., 6)
- En la 4° Fila: Número de Consejería Nutricional “1”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z001 Control de Crecimiento y Desarrollo
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Micronutrientes
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Ejemplo: Atención en Control de Crecimiento y Desarrollo a un niño de 3 Años.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAD. BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR										10	12	P		D	R
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/05/2018 (*)FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/2015												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Pedrito Pauca Flores</i>																	
05/May	46284620	1	Lince	3	M	PC	PESO	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	1	Z001	
	123456789				M		TALLA	X	X	2.	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018	
	2456				D	F	Pab	Hb	12	R	R	3.	Administracion de Micronutrientes	P	X	R	1
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Pedrito Pauca Flores</i>																	
05/Ago	46284620	1	Lince	3a	M	PC	PESO	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	2	Z001	
	123456789			3m	M		TALLA	X	X	2.	Administracion de Micronutrientes	P	X	R	2	Z298	
	2456				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	Consejeria Nutricional	P	X	R	2	99403
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Pedrito Pauca Flores</i>																	
05/Nov	46284620	1	Lince	3a	M	PC	PESO	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	3	Z001	
	123456789			6m	M		TALLA	C	C	2.	Administracion de Micronutrientes	P	X	R	TA	Z298	
	2456				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	Consejeria Nutricional	P	X	R	3	99403
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Pedrito Pauca Flores</i>																	
05/feb /2019	46284620	1	Lince	3a	M	PC	PESO	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	4	Z001	
	123456789			9m	M		TALLA	X	X	2.	Consejeria Nutricional	P	X	R	4	99403	
	2456				D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	

- En el primer CRED se hace entrega de la cantidad de Micronutrientes suficientes por 3 meses para consumo interdiario.
- En el segundo CRED corresponde la segunda entrega de suplementación por 3 meses más (Se deja a criterio del servicio la cantidad y tipo de suplemento a usar según su stock).



- En el tercer CRED se verifica el consumo de toda la suplementación y se registra “TA” en este Esquema y se espera 3 meses antes de iniciar el esquema de 4 años.

Cuando la suplementación se realiza con Hierro Polimaltosado en el Consultorio de Nutrición:

	Nutrición 1	Nutrición 2	Nutrición 3				Nutrición 4	Nutrición 5	Nutrición 6	Nutrición 7		
EDAD EN MESES	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
Jarabe de Sulfato Ferroso	D SF1	SF2	SF3				SF4	SF5	SF6	TA		
Jarabe de Hierro Polimaltosado	S P01	P02	P03				P04	P05	P06	TA		
Micronutrientes	A 1°	2°	3°	4°	5°	6°	TA					

		48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
Jarabe de Sulfato Ferroso	D SF1	SF2	SF3					SF4	SF5	SF6	TA		
Jarabe de Hierro Polimaltosado	S P01	P02	P03					P04	P05	P06	TA		
Micronutrientes	A 1°	2°	3°	4°	5°	6°	TA						

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo “D”.

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina “1”
- En la 3° Fila: Número de entrega de Hierro Polimaltosado “P01”
- En la 4° Fila: Número de Consejería Nutricional “1”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en el servicio, Ej: Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Ejemplo atención en Nutrición niño de 3 años:



DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
05/May	1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/05/2018 (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2015															
	92284620	1	Miraflores	3	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	1	99209	
	196456789				M		TALLA	X	X	2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018	
	1256				D	Pab	Hb	12	R	R	3. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P01	2298
2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2015																
05/Jun	92284620	1	Miraflores	3a	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	2	99209	
	196456789			1m	M		TALLA	C	C	2. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P02	2298	
	1256				D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Nutricional	P	X	R	2	99403	
3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2015																
05/Jul	92284620	1	Miraflores	3a	A	PC	PESO	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	3	99209	
	196456789			2m	M		TALLA	C	C	2. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P03	2298	
	1256				D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Nutricional	P	X	R	3	99403	
4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2015																
05/Nov	92284620	1	Miraflores	3a	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	4	99209	
	196456789			6m	M		TALLA	X	X	2. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P04	2298	
	1256				D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Nutricional	P	X	R	4	99403	
5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2015																
05/Dic	92284620	1	Miraflores	3a	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	5	99209	
	196456789			7m	M		TALLA	X	X	2. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P05	2298	
	1256				D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Nutricional	P	X	R	5	99403	
6 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2015																
05/Ene /2019	46284620	1	Miraflores	3a	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	6	99209	
	123456789			8m	M		TALLA	X	X	2. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P06	2298	
	2456				D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Nutricional	P	X	R	6	99403	
7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2015																
05/Feb /2019	46284620	1	Miraflores	3a	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	7	99209	
	123456789			9m	M		TALLA	X	X	2. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	TA	2298	
	2456				D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Nutricional	P	X	R	7	99403	

Siempre y cuando sea posible traer al paciente mes por mes se hará entrega mensual de la suplementación por 3 meses para su consumo interdiario; luego suspenderá los jarabes por 3 meses para reiniciar al sexto mes y se hará entrega de hierro Polimaltosado por 3 meses más; al noveno mes se verificara el consumo del P06 y se registrará "TA".

Cuando la suplementación se realiza con Sulfato Ferroso en el consultorio de Nutrición:

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en Medicina, Control de Crecimiento y Desarrollo o Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina "1"
- En la 3° Fila: Número de entrega de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: Número de Consejería Nutricional "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en el servicio, Ej: Nutrición



- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR										10	12	P			D	R
1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 05/05/2018 (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2014																		
05/May	92284620	1	Miraflores	4	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	1	99209	
	196456789											2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018	
	1256		Pab									3. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF1	Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
					A	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403
					M	F	Pab				C	C	2.	P	D	R		
					D						R	R	3.	P	D	R		
2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2014																		
05/jun	92284620	1	Miraflores	4a 1m	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	2	99209	
	196456789											2. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF2	Z298	
	1256		Pab									3. Consejería Nutricional	P	D	R	2	99403	
3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2014																		
05/jul	92284620	1	Miraflores	4a 2m	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	3	99209	
	196456789											2. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF3	Z298	
	1256		Pab									3. Consejería Nutricional	P	D	R	3	99403	
4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2014																		
05/Nov	92284620	1	Miraflores	4a 6m	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	4	99209	
	196456789											2. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF4	Z298	
	1256		Pab									3. Consejería Nutricional	P	D	R	4	99403	
5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2014																		
05/Dic	92284620	1	Miraflores	4a 7m	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	5	99209	
	196456789											2. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF5	Z298	
	1256		Pab									3. Consejería Nutricional	P	D	R	5	99403	
6 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2014																		
05/Ene /2019	46284620	1	Miraflores	4a 8m	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	6	99209	
	123456789											2. Administración de Sulfato Ferroso	P	D	R	SF6	Z298	
	2456		Pab									3. Consejería Nutricional	P	X	R	6	99403	
7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Juanita Lucar Cusi</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2014																		
05/Feb /2019	46284620	1	Miraflores	4a 9m	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	7	99209	
	123456789											2. Administración de Sulfato Ferroso	P	D	R	TA	Z298	
	2456		Pab									3. Consejería Nutricional	P	X	R	7	99403	

Manejo Preventivo de Anemia en Mujeres Adolescentes de 12 a 17 años

- El manejo preventivo de la anemia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años consiste en la administración de 1 tableta de 60 mg de hierro elemental más 400 mg de Ácido Fólico, 2 veces por semana, durante un periodo de 3 meses continuos por año entre los 12 y 17 años.

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS	PRODUCTO	DURACIÓN
Adolescente mujer de 12 a 17 años.	1 tableta de 60 mg de hierro elemental + 400ug Ácido Fólico 2 veces por semana	Tabletas de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	2 tabletas Por semana durante 3 meses continuos cada año.

60mg de hierro elemental equivale a 300mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180mg de fumarato ferroso a 500mg de gluconato ferroso.
Fuente: Zavaleta N, Respicio O, and Garcia T. Nutr. 130: 462S-464S, 2000 ⁽¹⁾ y WHO. 2018. Guideline. Daily Iron Supplementation in Adult Women and Adolescent Girls. Ginebra ⁽²⁾

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Examen del Estado del Desarrollo del adolescente/Medicina/Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional



Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control "1"
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina "1"
- En la 3° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega (SF1, SF2, SF3)
- En la 4° Fila: Número de Consejería "1"

Código CIE/CPT:

Registre los códigos asociados a cada Diagnóstico/procedimiento.

- En la 1° Fila: Z003 Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Ejemplo:

Secuencia Suplementación Adolescentes:

Codificación de Inicio a Término

Quando no tiene Anemia y llega al Establecimiento de Salud (escenario ideal): Se debe evaluar la posibilidad que el adolescente asista al Establecimiento de Salud mes a mes durante 3 meses

DÍA	D.N.I.	FINANC.	ISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTADÍSTICO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
			1	2								P	D	R				
HISTORIA CLÍNICA		ETNIA CENTRO POBLADO (*)		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
5	89526224			Ate	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z003	
						<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	85018
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb	12	R	R	3. Administración de Sulfato Ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1	Z298
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
					16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403
						<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2.	P	D	R		
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	
Al segundo mes																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
5	89526224			Ate	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z003
						<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Sulfato Ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF2	Z298
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99403
Al tercer mes																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
5	89526224			Ate	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z003
						<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de Sulfato Ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF3	Z298
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	99403

Codificación cuando se le entrega la suplementación para los 3 meses

Primera atención, se le entrega las 24 tabletas y se le solicita que retome al finalizar su consumo (se puede solicitar que traiga los blíster vacíos)



DIA	D.N.I.	FINANC.	ISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
			1	2								P	D	R				
HISTORIA CLINICA		ETNIA		CENTRO POBLADO (*)		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
5	89526224		Ate	16	M	PC	PESO				1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente	P	X	R	1	2003		
							TALLA					2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018	
							Hb	12	R	R		3. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF1	2298	
HISTORIA CLINICA		ETNIA		CENTRO POBLADO (*)		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____												
					A	M	PC	PESO			1. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403		
								TALLA					2.	P	D	R		
								Hb				R	R	3.	P	D	R	

Ultima atención al tercer mes, se verifica que los blíster no tengan pastillas y se le cita en 12 meses.

DIA	D.N.I.	FINANC.	ISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
			1	2								P	D	R			
HISTORIA CLINICA		ETNIA		CENTRO POBLADO (*)		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
5	89526224		Ate	16	M	PC	PESO				1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente	P	X	R	2	2003	
							TALLA					2. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	TA	2298
							Hb			R		R	3. Consejería Integral	P	X	R	2

Manejo Preventivo en Gestantes y Puérperas

El manejo preventivo de la anemia, se realizará en gestantes o puérperas que no tienen diagnóstico de anemia el que debe de iniciarse a partir de la semana 14 de gestación; si el primer control prenatal es posterior a la semana 14, debe iniciarse la suplementación en ese momento durante todo el periodo de gestación.

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Supervisión de embarazo con riesgo
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control "3" según corresponda
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina "1"
- En la 3° Fila: Tipo y número de entrega "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z3492 Supervisión de embarazo con riesgo (2° Trimestre)
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: 59401.04 Suplementación de Sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas)
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Primer Mes de Suplementación Gestante 14 semanas



DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTAD. BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Josefina Huaman Inga</i>											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <i>30/06/2018</i>								
30 /jun	44284620	2		San José	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	Atención Prenatal 14 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	23492	
	196456789	80				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Dentro de lo recomendado según semana gestacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		2006	
	1256					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	12.3	R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	85018	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
						<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO		N	N	1.	Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59401.04
						<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		C	C	2.	Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403.01
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	D	R		
Segundo mes de suplementación (Semana 18-21)																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Josefina Huaman Inga</i>							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
30/Jul	44284620	2		San José	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	Atención Prenatal 18 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	23492	
	196456789	80				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Dentro de lo recomendado según semana gestacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		2006	
	1256					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		R	R	3.	Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	59401.04	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
						<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO		N	N	1.	Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99403.01
						<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		C	C	2.		P	D	R		
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	D	R		

Ultima Atención y Puerperio

Ultima atención, se verifica el consumo de las tabletas y se cierra la suplementación preventiva – 4° Dosaje de Hemoglobina

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTAD. BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	FICHA FAMILIAR										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D	R		
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Josefina Huaman Inga</i>											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /								
30/Ene	44284620	2		San José	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	Control de Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59430	
	196456789	80				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		C	C	2.	Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	59401.04	
	1256					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	99403.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
						<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO		N	N	1.	Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99403.01
						<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		C	C	2.		P	D	R		
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	D	R		
Ultima atención, se verifica el consumo de las tabletas y se cierra la suplementación preventiva- 4° Dosaje de Hemoglobina																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Josefina Huaman Inga</i>							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <i>28/02/2019</i>													
28/feb	44284620			San José	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	Control de Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	59430	
	196456789					<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	59401.04	
	1256					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	11.5	R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	85018	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
						<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO		N	N	1.	Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99403.01
						<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		C	C	2.		P	D	R		
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	3.		P	D	R		

III. MANEJO TERAPÉUTICO DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES Y PUÉRPERAS

Manejo Terapéutico de Anemia en Niños

- El **Tratamiento de la Anemia**, se realiza previo diagnóstico a través del Dosaje de Hemoglobina, en el consultorio de Atención Integral del Niño o en Nutrición.
- La **duración del Tratamiento de Anemia** de los niños hasta los 11 años de edad, es de **6 meses continuos**.
- La **entrega del tratamiento de hierro** será realizada por personal médico o de salud capacitado que realiza la atención integral del niño.
- **Todo el personal de salud es responsable de realizar el monitoreo del tratamiento** de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. El objetivo es asegurar la adherencia al mismo y ofrecerles una buena consejería a través de la visita domiciliaria.
- La **detección y atención del niño con anemia** se da en los siguientes espacios/escenarios:
 - Atención en Medicina.
 - Control de Crecimiento y Desarrollo (incluye el Dosaje de Hemoglobina).
 - Atención en Nutrición (incluye el Dosaje de Hemoglobina).



- **Durante el Tratamiento de Anemia**, el niño recurre 7 veces al servicio o consultorio del profesional que realizará el tratamiento de anemia, 6 veces corresponden al tratamiento y la séptima para determinar el alta del paciente⁸.
- **Todos los niños, tratados con hierro deben de recibir, Consejería Nutricional** para reforzar la importancia de la suplementación y asegurar la adherencia, advertirles de los posibles efectos colaterales y la forma de evitarlos.

Tabla de Puntos de corte de anemia según tipo de población

Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puerperas (hasta 1.000 msam)

Población	Con Anemia según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida	≤ 13.0			>13.0
2ª a 4ta semana de vida	≤ 10.0			>10.0
5ª a 8ta semana de vida	≤ 8.0			>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses	< 13.5			13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos	< 9.5			9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puerperas				
Mujer Gestante de 15 años a más ^(*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puerpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, 2011.⁽⁸⁾
Fuente: OMS, 2001. El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, trauma y quemaduras. Ginebra.⁽⁹⁾
(*) En el segundo trimestre del embarazo, entre la semana 15 y 20, el diagnóstico de anemia es cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 10.5 g/dl

Para el manejo **TERAPÉUTICO**, en el campo **Código CIE/CPT**: la Administración de Sulfato Ferroso o Hierro Polimaltosado se registra de la siguiente manera:

D509 Anemia por deficiencia de hierro, sin especificación (LEV, MOD, SEV, **VACÍO⁹**) corresponde al código que define la existencia de ANEMIA y **determina el grado**, utilizándose el código U310 que corresponde a la Administración de Tratamiento de la Anemia por deficiencia de hierro.

- D509 Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- U310 Administración de Sulfato Ferroso (SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6)
- U310 Administración de Hierro Polimaltosado (P01, P02, P03, P04, P05, P06)

Al final del periodo de tratamiento se colocará **TA** (Término de la Administración) y la condición **PR** (Paciente Recuperado) si corresponde.

- TA Concluye Tratamiento
- PR Paciente Recuperado

El campo Hb¹⁰, se completa cuando se realiza el Dosaje de Hemoglobina o la Lectura del Resultado.

La información registrada corresponde al valor observado.

Tratamiento de Anemia en niños con Bajo Peso al Nacer o Prematuros

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

⁸ Comprende la confirmación del cumplimiento del tratamiento establecido y que los niveles de hemoglobina estén dentro de los rangos de normalidad.

⁹ Vacío=en el caso de recién nacido y menores de 6 meses, que los puntos de corte no señalan nivel de severidad.

¹⁰ Ítem 16 del formato HIS - Evaluación Antropométrica y de Hemoglobina.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	1	2			3		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Rosmary García Mendoza</i>											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <i>01/06/18</i>			(*)FECHA DE NACIMIENTO: <i>01/05/2018</i>				
01/12	78754693	1	Comas	8	A	M	PC	PESO	8.9	N	N	1. Recien Nacido Prematuro	P	D	X	7	P073	
	123456789				M	F	Pab	TALLA	74	X	X	X	2. Dosaje de Hemoglobina (Control al 6to mes de Trat.)	P	D	X	4	85018
	2456				D	F		Hb	11.5	R	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	PR	D509
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /							
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Administración de Hierro Polimaltosado	P	D	X	TA	U310	
					M	F	Pab	TALLA		X	X	2. Administración de Micronutrientes	P	D	X	1	Z298	
					D	F		Hb		R	R	3. Consejería Nutricional	P	D	X	1	99403	

Tratamiento de anemia en niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer.

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en medicina/Control de CRED/Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- En la 4° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 5° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control "1"
- En la 2° Fila: Número de Control "1"
- En la 3° Fila: " "(Vacío)
- En la 4° Fila: Tipo y número de entrega "P01"
- En la 5° Fila: Número de Control "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 4° Fila: U310 Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 5° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Tratamiento con hierro para niños de 6 meses a 11 años con anemia leve o moderada

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS ⁴ (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niños de 6 a 35 meses de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 70 mg/día (2)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 3 a 5 años de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 90 mg/día (3)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 5 a 11 años	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 120 mg/día (4)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 1 tableta de Sulfato ferroso o 1 tableta de Polimaltosado		

(2): Dosis Máxima: 5 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 1.5 cucharadita de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día
 (3): Dosis Máxima: 6 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día
 (4): Dosis Máxima: 8 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2.5 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 2 Tabletas de Sulfato Ferroso o 1.5 tableta de Polimaltosado por día

Ejemplo

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en medicina/Control de CRED/Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- En la 4° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 5° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control "1"
- En la 2° Fila: Número de Control "1"
- En la 3° Fila: Grado de Severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 4° Fila: Tipo y número de entrega "SF1"
- En la 5° Fila: Número de Control "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 4° Fila: U310 Administración de Sulfato Ferroso
- En la 5° Fila: 99403 Consejería Nutricional



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTAD. BLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R				
1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rosmary García Mendoza FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/06/18																	
01/06	78754693	1	Comas	6	A	M	PC	PESO	6.8	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	6	2001
	TALLA							65	X	X	2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018	
	Hb							9.5	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro	P	X	R	MOD	D509	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF1	U310
	TALLA								X	X	2. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403	
	Hb								R	R	3.	P	D	R			
2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rosmary García Mendoza FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/07/18																	
01/07	78754693	1	Comas	7	A	M	PC	PESO	7.6	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	7	2001
	TALLA							67	X	X	2. Dosaje de Hemoglobina (Control al mes de Trat.)	P	X	R	2	85018	
	Hb							10.2	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	MOD	D509	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF2	U310
	TALLA								X	X	2. Consejería Nutricional	P	X	R	2	99403	
	Hb								R	R	3.	P	D	R			
3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rosmary García Mendoza FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/07/18																	
01/08	78754693	1	Comas	8	A	M	PC	PESO	8.2	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	8	2001
	TALLA							69	X	X	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	MOD	D509	
	Hb								R	R	3. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF3	U310	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	3	99403
	TALLA								X	X	2.	P	D	R			
	Hb								R	R	3.	P	D	R			
4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rosmary García Mendoza FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/09/18																	
01/09	78754693	1	Comas	9	A	M	PC	PESO	8.2	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	9	2001
	TALLA							70	X	X	2. Dosaje de Hemoglobina (Control al 3er mes de Trat.)	P	X	R	3	85018	
	Hb							10.5	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	MOD	D509	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF4	U310
	TALLA								X	X	2. Consejería Nutricional	P	D	R	4	99403	
	Hb								R	R	3.	P	D	R			
5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rosmary García Mendoza FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
01/10	78754693	1	Comas	10	A	M	PC	PESO	8.5	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	10	2001
	TALLA							71	X	X	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	MOD	D509	
	Hb								R	R	3. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF5	U310	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	5	99403
	TALLA								X	X	2.	P	D	R			
	Hb								R	R	3.	P	D	R			
6 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rosmary García Mendoza FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
01/11	78754693	1	Comas	11	A	M	PC	PESO	8.7	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	11	2001
	TALLA							72	X	X	2. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	MOD	D509	
	Hb								R	R	3. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF6	U310	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	6	99403
	TALLA								X	X	2.	P	D	R			
	Hb								R	R	3.	P	D	R			
7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rosmary García Mendoza FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/12/18																	
01/12	78754693	1	Comas	1	A	M	PC	PESO	8.9	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	1	2001
	TALLA							74	X	X	2. Dosaje de Hemoglobina (Control al 6to mes de Trat.)	P	X	R	4	85018	
	Hb							11.5	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	PR	D509	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	TA	U310
	TALLA								X	X	2. Administración de Micronutrientes	P	X	R	1	Z298	
	Hb								R	R	3. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403	

El primer dosaje de hemoglobina obtuvo un valor observado de 9.5 por lo que corresponde un diagnóstico de anemia Moderada (con Ajuste por Altitud), el LAB debe ser MOD; este diagnóstico se debe repetir hasta completar el tratamiento, aun así haya subido su hemoglobina en los siguientes controles.

Manejo Terapéutico de Anemia en Adolescentes de 12 a 17 años

El tratamiento de la anemia en adolescentes varones y mujeres de 12 a 17 años con diagnóstico de anemia comprende la administración de 2 tabletas de 60 mg de hierro elemental, durante 6 meses continuos.

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en Medicina o Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Anemia por deficiencia de hierro sin especificación



- En la 4° Fila: Administración de Sulfato Ferroso
- En la 5° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo “D”

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control “1”
- En la 2° Fila: Número de Control “1”
- En la 3° Fila: Grado de Severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 4° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega “SF1”
- En la 5° Fila: Número de Consejería “1”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Medicina o Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: D509 Anemia por Deficiencia de Hierro Sin Especificación
- En la 4° Fila: U310 Administración de Sulfato Ferroso
- En la 5° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Primera Atención:

DIA	D.N.I.	FINANC.	ISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE/ CPT	
			11	12								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
5	89526224		Ocoña	16	M	PC	PESO				1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99209	
							TALLA			C	C	2. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	85018
							Hb	10		R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD	D509
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
 	 	 	 	 	 	 	PESO			N	N	1. Administración de Sulfato Ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1	U310
							TALLA			C	C	2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403
							Hb			R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

Ultima atención: Alta del paciente, concluye manejo terapéutico

DIA	D.N.I.	FINANC.	ISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE/ CPT	
			11	12								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
5	89526224		Ocoña	16	M	PC	PESO			N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	99209
							TALLA					2. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	85018
							Hb	12		R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PR	D509
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
 	 	 	 	 	 	 	PESO			N	N	1. Administración de Sulfato Ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	U310
							TALLA			C	C	2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	99403
							Hb			R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

Manejo Terapéutico en Gestantes y Púérperas

Si en alguno de los dosajes de hemoglobina durante el periodo de gestación, se detecta anemia, se debe iniciar el manejo terapéutico.

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Supervisión de embarazo con riesgo, Atención en Medicina o Nutrición
- En la 2° Fila: Dentro de lo recomendado según semana Gestacional
- En la 3° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 4° Fila: Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio



- En la 5° Fila: Administración de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico
- En la 6° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo “D”.

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control “3”
- En la 2° Fila: Número de Control
- En la 3° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina “1”
- En la 4° Fila: Grado de Severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 5° Fila: Tipo de Suplementación y número de entrega “1”
- En la 6° Fila: Número de Consejería “1”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z3592 Supervisión de embarazo con riesgo
- En la 2° Fila: Z006 Dentro de lo recomendado según semana Gestacional
- En la 3° Fila: **85018** Dosaje de Hemoglobina
- En la 4° Fila: **O990** Anemia que Complica el Embarazo, Parto y/o Puerperio
- En la 5° Fila: **59401.04** Administración de Sulfato Ferroso
- En la 6° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Primera Atención

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTAD. BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R			
FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Josefina Huaman Inga</i>										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <i>30/06/2018</i>		
31	44284620	2	Lince	26	M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	X	R	3	Z3592	
	196456789	80			M	Pab	TALLA	X	X	2. Dentro de lo recomendado según semana gestacional	P	X	R		Z006	
	1256				D	Hb	10.5	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						
					A	PC	PESO	N	N	1. Anemia que Complica el Embarazo	P	X	R	LEV	O990	
					M		TALLA	C	C	2. Administración de tratamiento	P	X	R	1	59401.04	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403

Ultima atención: Alta del paciente, concluye manejo terapéutico

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTAD. BLEC	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			
FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <th colspan="3">FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: </th>										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:		
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 30 semanas	P	X	R	6	Z3593	
	07033940	58			M		TALLA	X	X	2. Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	D	X	PR	O990	
					D	Pab	Hb	12.4	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	D	X	4	85018
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:						
					A	PC	PESO	N	N	1. Suplementación de Sulfato ferroso	P	D	R	1	59401.04	
					M		TALLA	C	C	1. Consejería nutricional:	P	X	R	6	99403	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

IV. FAMILIA SALUDABLE

Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos:

Es una actividad educativa de “**aprender haciendo**”, en la cual las familias con niñas y niños menores de 36 meses y gestantes con énfasis en las familias con niños de 6 a 11 meses de edad, se realizan sesiones



demostrativas para aprender a combinar los alimentos en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño y de la gestante.

Estas sesiones demostrativas se desarrollan en un Local Comunal, Centros de Promoción y Vigilancia Comunal u otros espacios de la comunidad, usando los materiales e insumos disponibles para tal fin¹¹.

En familias con niñas y niños menores de 12 meses:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1ra Fila: Sesión Demostrativa

Tipo de Diagnóstico:

- Para todas las actividades marque siempre “D”

Item Lab:

- Conforme el tema de la sesión demostrativa “MN, ALI, LME, SBU”.

Item Código CIE/CPT:

- C0010 Sesión Demostrativa

Sesion Demostrativa Preparacion de Alimentos

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE /CPT	
	HISTORIA CLINICA	.10	12								P	D	R			
FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						(*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/05/2018						
5/11	99284620	1	Lince	6	A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	X	R	ALI	C0010
	206456789				X	F	Pab	TALLA	X	X	2.	P	D	R		
	2556				D			Hb	R	R	3.	P	D	R		

En Gestantes:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Supervisión de embarazo con riesgo
- En la 2° Fila: Sesión Demostrativa

Tipo de Diagnóstico:

- Para todas las actividades marque siempre “D”

Item Lab:

- Número de Sesión
- Conforme el tema de la sesión demostrativa “ALI”

Item Código CIE/CPT:

- Z359 Supervisión de embarazo en Riesgo
- C0010 Sesión Demostrativa

¹¹ Extraído del documento: Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención en Consulta Externa, de las Actividades de Promoción de la Salud en el Programa Articulado Nutricional.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE/CPT				
	HISTORIA CLINICA										10	12	P			D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO(*)																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																			
31/10	44284620	2	Lince	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Supervisión de Embarazo con riesgo			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	196456789				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Sesión Demostrativa			P	D	R	ALI	C0010
	1256	80	<input checked="" type="checkbox"/>		D	Pab	Hb		R	R	3.			P	D	R			

V. VISITAS DOMICILIARIAS (VD)

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

Complementa y refuerza las **Consejerías** brindadas en el servicio de salud, durante las **Sesiones Demostrativas**. Esta actividad es realizada por **Personal de Salud, Promotor de Salud o Actor Social (PDS)** previamente capacitado.

Visita Domiciliaria realizada por Personal de Salud

Preventivo:

Nombre del Responsable de la Atención:

El Personal de Salud debe de registrar en este campo su DNI

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Administración de Suplemento
- En la 2° Fila: Visita Domiciliaria

Tipo de Diagnóstico:

- Para todas las actividades marque siempre “D”

Item Lab:

- Se registrará “Vacío” cuando se haga la Supervisión del consumo del Suplemento; cuando se haga entrega de suplemento se registrará SF o Polimaltosado según corresponda.
- Se coloca el número de visita según la suplementación a entregar (1,2,3....)

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z298
- En la 2° Fila: C0011

Visita Domiciliaria por Personal de Salud Manejo Preventivo – Niño de 4 – 5 Meses que Supervisión de la Administración de Gotas de Hierro

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE/CPT				
	HISTORIA CLINICA										10	12	P			D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO(*)																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <u>Rosmery García Mendoza</u> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																			
31/Marz	92284620	1	Lince	4	<input checked="" type="checkbox"/>	A	PC	PESO		N	N	1. Administración con Sulfato Ferroso			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1	Z298
	196456789				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita Familiar Integral			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0011
	1256	<input checked="" type="checkbox"/>	D		Pab	Hb		R	R	3.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				



Terapéutico:

Nombre del responsable de la Atención:

El Personal de Salud debe de registrar en este campo su DNI

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila Anemia por Deficiencia de Hierro sin Especificación
- En la 2° Fila Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 3° Fila: Visita Domiciliaria

Tipo de Diagnóstico:

- Para diagnóstico de Anemia marque “R”
- Para todas las demás actividades marque siempre “D”

Item Lab:

- Anemia por Deficiencia de Hierro (LEV, MOD, SEV, “Vacío”).
- Se registrará “Vacío” cuando se haga la Supervisión del consumo del tratamiento.
- Se coloca el número de visita que corresponda (1,2,3,...).

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D509
- En la 2° Fila: U310
- En la 3° Fila: C0011

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA AHEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE/ CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R				
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Alicia Urgarte Zapata</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																	
31/Abril	92284620	1	Lince	6	A	M	PC	PESO	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro	P	D	X	LEV	D509	
	196456789				X	F	Pab	TALLA	X	X	X	2. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R		U310
	1256				D			Hb	R	R	3. Visita Domiciliaria	P	X	R	1	C0011	



ANEXOS.

Ejemplos de registro:



1. Suplementación Completa con Sulfato Ferroso

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN							
2018		Junio		C.S. Cristo Salvador		301203 - Enfermería	DNI	99998888 Pedro Torres Perez							
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTAB- SER- VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	LAB.	CODIGO CIE / CPT			
SUPLEMENTACIÓN CON GOTAS - NIÑOS DE 4 A 5 MESES.															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/01/2018															
31/04	78754693	1	Comas	4	A	PC	Peso	N	N	1. Control de de Crecimiento y Desarrollo	P	R	4	Z001	
	123456789				D	F	Talla			2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico	P	R	P01	Z298	
	2456				D	F	Hb	R	R	3. Consejería Nutricional	P	R	1	99403	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															
01/05	78754693	1	Comas	5	A	PC	PESO	N	N	1. Control de de Crecimiento y Desarrollo	P	R	5	Z001	
					D	F	TALLA			2. Consejería Nutricional	P	R	2	99403	
					D	F	Hb	R	R	3.	P	R			
SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES - NIÑOS DE 6 A 12 MESES.															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/06/2018 (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/01/2018															
30/06	78754693	1	Comas	6	A	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	R	6	Z001	
	123456789				D	F	TALLA			2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico	P	R	TA	Z298	
	2456				D	F	Hb	11	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	R	1	85018	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															
					A	PC	PESO	N	N	1. Administración de Sulfato Ferroso	P	R	SF1	Z298	
					M	F	TALLA			2. Consejería Nutricional	P	R	1	99403	
					D	F	Hb			3.	P	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															
30/07	78754693	1	Comas	7	A	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	R	7	Z001	
					D	F	TALLA			2. Administración de Sulfato Ferroso	P	R	SF2	Z298	
					D	F	Hb			3. Consejería Nutricional	P	R	2	99403	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															
30/09	78754693	1	Comas	8	A	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	R	8	Z001	
					D	F	TALLA			2. Administración de Sulfato Ferroso	P	R	SF3	Z298	
					D	F	Hb			3. Consejería Nutricional	P	R	3	99403	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															
30/10	78754693	1	Comas	9	A	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	R	9	Z001	
					D	F	TALLA			2. Administración de Sulfato Ferroso	P	R	SF4	Z298	
					D	F	Hb			3. Consejería Nutricional	P	R	4	99403	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															
30/11	78754693	1	Comas	10	A	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	R	10	Z001	
					D	F	TALLA			2. Administración de Sulfato Ferroso	P	R	SF5	Z298	
					D	F	Hb			3. Consejería Nutricional	P	R	5	99403	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															
30/12	78754693	1	Comas	11	A	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	R	11	Z001	
					D	F	TALLA			2. Administración de Sulfato Ferroso	P	R	SF6	Z298	
					D	F	Hb			3. Consejería Nutricional	P	R	6	99403	
SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES - NIÑOS DE 12 A 18 MESES (Se entrega 2 cajas en cada control de CREDE).															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/01/2019															
1-Ene	78754693	1	Comas	12	A	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	R	1	Z001	
					D	F	TALLA			2. Dosaje de Hemoglobina	P	R	2	85018	
					D	F	Hb	12	R	3. Administración de Sulfato Ferroso	P	R	SF7	Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															
					A	PC	PESO	N	N	1. Consejería Nutricional	P	R	7	99403	
					M	F	TALLA			2.	P	R			
					D	F	Hb			3.	P	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															
2-Mar	78754693	1	Comas	14	A	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	R	2	Z001	
					D	F	TALLA			2. Administración de Sulfato Ferroso	P	R	SF8	Z298	
					D	F	Hb			3. Consejería Nutricional	P	R	8	99403	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															
3-May	78754693	1	Comas	16	A	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	R	3	Z001	
					D	F	TALLA			2. Administración de Sulfato Ferroso	P	R	SF9	Z298	
					D	F	Hb			3. Consejería Nutricional	P	R	9	99403	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 04/07/2019															
4-Jul	78754693	1	Comas	18	A	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	R	4	Z001	
					D	F	TALLA			2. Dosaje de Hemoglobina	P	R	3	85018	
					D	F	Hb	12	R	3. Administración de Sulfato Ferroso	P	R	TA	Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Matias Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															
					A	PC	PESO	N	N	1. Consejería Nutricional	P	R	10	99403	
					M	F	TALLA			2.	P	R			
					D	F	Hb			3.	P	R			

Guía del Registro del HIS MINSA en el Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños y adolescentes

Actividades	Registro y Codificación	Observaciones	Actividades	Registro y Codificación	Observaciones
Dosaje de Hemoglobina	Código diagnóstico: 85018 Tipo de Dx: P/D Lab: 1,2,3,4,5,6.	<ul style="list-style-type: none"> • Presuntivo para la orden de laboratorio. • Definitivo para la entrega de resultado. 	Tratamiento con Sulfato	Código diagnóstico: U310 Tipo de Dx: D Lab: SF1,SF2,SF3 SF4,SF5,SF6	<ul style="list-style-type: none"> • Especificar el Dx Anemia inicial Repetitivo (D509R)
Suplementación MMN	Código diagnóstico: Z298 Tipo de Dx: D Lab: 1,2,.....,12	<ul style="list-style-type: none"> • A partir de 6 meses de edad 	Tratamiento con Hierro Polimaltoasado	Código diagnóstico: U310 Tipo de Dx: D Lab: P01,P02,P03 P04,P05,P06	<ul style="list-style-type: none"> • Especificar el Dx Anemia inicial Repetitivo (D509R)
Suplementación con Sulfato Ferroso	Código diagnóstico: Z298 Tipo de Dx: D Lab: SF1,.....,S12.	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra el número de entrega no la cantidad de frascos. 	Término de Tratamiento	Código diagnóstico: U310 Tipo de Dx: D Lab: TA	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra al verificar el consumo de la sexta entrega.
Suplementación con Hierro Polimaltoasado	Código diagnóstico: Z298 Tipo de Dx: D Lab: P01,....,P12	<ul style="list-style-type: none"> • La concentración de Hierro es mayor. 	Paciente Recuperado	Código diagnóstico: D509 Tipo de Dx: R Lab: PR	<ul style="list-style-type: none"> • Después del control de hemoglobina al 6to mes de tratamiento.
Término de Suplementación	Código diagnóstico: Z298 Tipo de Dx: D Lab: TA	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra al verificar el consumo de la última entrega. 	Visita Domiciliaria	Código diagnóstico: C0011 Tipo de Dx: D Lab: 1,2,3,...	<ul style="list-style-type: none"> • Especificar el motivo: Suplementación o Tratamiento (Z298/U310)
Diagnóstico de Anemia	Código diagnóstico: D500/D508 D509/D649 Tipo de Dx: D / R Lab: LEV,MOD ,SEV.	<ul style="list-style-type: none"> • El primer Dx Definitivo y la entrega de Tratamientos son Repetitivos. 	Sesión Demostrativa	Código diagnóstico: C0010 Tipo de Dx: D Lab: ALI	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación de alimentos.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Oficina General de Tecnologías
de la Información

*Manual de Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo
y terapéutico de la Anemia por deficiencia de Hierro*



PERÚ

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Oficina General de Tecnologías de la Información

Av. Salaverry 801 Jesús María Lima / Perú

Central Telefónica (51-1) 315-6600