



REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA:**

ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

2014



ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR - ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
99402	Orientación/consejería en planificación familiar	T8332	Sangrado anormal asociado a DIU
Z3002	Orientación/consejería AQV	T8333	DIU en cavidad abdominal
Z3003	Prescripción inicial de método oral combinado	T8334	DIU encarcelado
Z30051	Prescripción inicial de método inyectable mensual	T8335	Complicación de DIU con perforación uterina
Z30052	Prescripción inicial de método inyectable trimestral	T8336	Dolor pélvico asociado con DIU
Z3006	Prescripción inicial de método IMPLANTE	Y883	Complicaciones ligadura de trompas / complicaciones vasectomía
Z3008	Prescripción inicial de método de preservativos masculinos	N739	Enfermedad Inflamatoria pélvica
Z3009	Prescripción inicial de método de preservativos femeninos	Y4241	Efectos secundario anticoncepción oral combinada
Z30091	Prescripción inicial de método de lactancia materna y amenorrea (MELA)	Y4251	Efectos secundarios de inyectable mensual
Z30092	Prescripción inicial de método de abstinencia periódica ritmo	Y4252	Efectos secundarios de inyectable Trimestral
Z30093	Prescripción inicial de método de abstinencia periódica billings	Z0179	Prueba rápida para tamizaje de VIH
Z30094	Prescripción inicial de método de los días fijos (MDF)	Z33X1	Falla de DIU
58300	Inserción de dispositivo intrauterino (DIU)	Z33X21	Falla anticonceptivo oral combinado
Z302	Ligadura de trompas / vasectomía	Z33X23	Falla anticonceptivo oral de emergencia/YUZPE
Z3043	Repetición de prescripción de método oral combinado	Z33X31	Falla inyectable mensual
Z30451	Repetición de prescripción de método inyectable mensual	Z33X32	Falla inyectable trimestral
Z30452	Repetición de prescripción de método inyectable trimestral	Z33X4	Falla de implante
Z3046	Repetición de prescripción de método IMPLANTE	Z33X5	Falla preservativos
Z3048	Repetición de prescripción de método de preservativos masculinos	Z33X7	Falla de ligadura de trompas
Z3049	Repetición de prescripción de método de preservativos femeninos	Z33X8	Falla de vasectomía
Z30491	Repetición de prescripción de método de lactancia materna y amenorrea (MELA)	Z33X91	Falla de Ritmo
Z30492	Repetición de prescripción de método de abstinencia periódica ritmo	Z33X92	Falla de Billings
Z30493	Repetición de prescripción de método de abstinencia periódica billings	Z33X93	Falla de de método de lactancia materna y amenorrea (MELA)
Z30494	Repetición de prescripción de método de los días fijos (MDF)	Z33X94	Falla Métodos Días Fijos
Z305	Control o reinserción de DIU	Z33X92	Falla de Billings
58301	Remoción de dispositivo intrauterino	59430	Control de puerperio
Z308	Recuento espermático post vasectomía	Z7171	Consejería Pre-Test para VIH
Z3091	Anticoncepción oral de emergencia/YUZPE	Z7172	Consejería Post-Test Positivo para VIH
T8331	Expulsión de DIU	Z7173	Consejería Post-Test Negativo para VIH
		Z0143	Examen de mamas
		88141	Toma de PAP
		99401	Consejería Integral
		86592	Prueba Rápida para SÍFILIS
		C0009	Sesión Educativa
		U140	Entrevista de Tamizaje
		U2652	Evaluación y Entrega de Resultado de VIH
		99344	Visita Familiar Integral
		U161	Usuaría Captada
		C7004	Asistencia Técnica
		U307	Atención Pre Conceptional/pregestacional
		U0033	Actividad de Planificación Familiar

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Es importante que se use la hoja HIS en los servicios de hospitalización donde se desarrollen actividades de Planificación familiar.

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

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

ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Definición Operacional: Es el proceso de comunicación interpersonal en que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas.

La orientación/consejería en Planificación familiar, consiste en proporcionar información a las personas, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias individuales y así tomar o confirmar una decisión personal o de pareja en forma satisfactoria

La orientación/consejería en planificación familiar se registra en el formulario HIS cuando se brinda para la **Elección**, al **Aceptar** y al **Cambio** del método anticonceptivo.

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

- En el 1º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 2º casillero el método

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

Todos los métodos de Planificación Familiar y las Consejerías siempre se registran con tipo de diagnóstico "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación/consejería 1, 2 según corresponda
- En el 2º casillero el número de control establecido para el año de acuerdo al método
- En el 3º casillero registre el número de insumos entregados a la usuaria



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prescripción inicial oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3003
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	1	

ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN AQV

Definición Operacional: Sesión educativa donde se tratará aspectos relacionados a la AQV como: características de la intervención, tipo de anestesia, complicaciones, fallas (embarazo posterior al procedimiento de AQV), irreversibilidad del método, riesgo de complicaciones y muerte, indicaciones para el pre y post operatorio y citas para control (Se requiere de firma de documento de consentimiento informado).

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente la Orientación/Consejería en AQV

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote 1, 2, según corresponda el número de la orientación/consejería.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Juan de Miraflores	38 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería AQV	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3002
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

USUARIAS NUEVAS

Definición Operacional: Persona que acepta por primera vez en su vida, usar un determinado método anticonceptivo. Una usuaria puede ser nueva, tantas veces como métodos existan.

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

- **PRESCRIPCIÓN INICIAL** seguido del método que se está prescribiendo

En el registro:

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

- En el 1º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 2º casillero el método elegido

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación / consejería 1 ó 2 según corresponda
- En el 2º casillero el número de control en el año
- En el 3º casillero registre el número de insumos entregados a la usuaria

Registrar la prescripción del método siempre al final ya que los métodos utilizan 2 campo Lab

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	84455	1	80	San Martín de Porres	24 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prescripción inicial oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3003
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	1	



DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	20722	1	80	Los Olivos	29 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	B	R	2	99402
	C						C	2. Prescripción inicial Inyectable Trimestral	P	B	R	1	Z30052	
	R						R	3.	P	D	R	1		

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	18635	1	80	San Juan de Lurigancho	26 A	M	M	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	B	R	1	99402
	C						C	2. Prescripción inicial inyectable mensual	P	B	R	1	Z30051	
	R						R	3.	P	D	R	1		

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	84222	1	80	San Juan de Lurigancho	35 A	M	M	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	B	R	1	99402
	C						C	2. Prescripción inicial Implante	P	B	R	1	Z3006	
	R						R	3.	P	D	R	1		

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	21240	1	80	Rimac	18 A	M	M	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	B	R	1	99402
	C						C	2. Prescripción inicial condón masculino	P	B	R	1	Z3008	
	R						R	3.	P	D	R	10		

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	18635	1	80	San Juan de Lurigancho	20 A	M	M	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	B	R	1	99402
	C						C	2. Prescripción inicial condón femenino	P	B	R	1	Z3009	
	R						R	3.	P	D	R	10		

USUARIAS CONTINUADORAS

Definición Operacional: Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo.

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

- **REPETICIÓN DE PRESCRIPCIÓN** seguido del método que se está prescribiendo

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"



En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control en el año
- En el 2º casillero registre el número de insumos entregados a la usuaria

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	24 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3043
	07033136								2.	P	D	R	4	
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20722	1	80	Los Olivos	29 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción inyectable trimestral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z30452
	854257761								2.	P	D	R	1	
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDA D	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	18635	1	80	San Juan de Lurigancho	20 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción inyectable mensual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z30451
	07033136								2.	P	D	R	1	
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	84153	1	80	San Juan de Lurigancho	20 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción implante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3046
	31730036								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	21240	1	80	Rimac	18 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción condón masculino	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3048
	07033136								2.	P	D	R	30	
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	18635	1	80	San Juan de Lurigancho	20 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción condón femenino	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3049
	87531542								2.	P	D	R	30	
									3.	P	D	R		

PRESCRIPCIÓN DEL DIU EN LA USUARIA NUEVA

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

- En el 1º casillero la Orientación/Consejería en Planificación Familiar
- En el 2º casillero Inserción de DIU

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de consejería
- En el 2º casillero de control en el año
- En el 3º casillero registre el número de insumos "1"

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	24 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99402
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Inserción de DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	58300
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	1	

PRESCRIPCIÓN DEL DIU EN LA USUARIA CONTINUADORA O REINSERCIÓN

Definición Operacional: Aquella persona que manifiesta ser o haber sido usuaria alguna vez de ese método anticonceptivo.

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

- En el 1º casillero Control de DIU

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero de control en el año

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20722	1	80	San Martín de Porres	29 A	M	N	N	1. Control de DIU (4 semanas)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z305
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero de control en el año
- En el 3º casillero registre el número de insumos "1"

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	21240	1	80	San Martín de Porres	18 A	M	N	N	1. Reinserción de DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z305
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	1	
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

MÉTODOS DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)

EN EL PUERPERIO INMEDIATO

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

- En el 1º casillero Orientación/Consejería en Planificación Familiar

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación/consejería en PF "1"

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	Barranco	22 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	D	R	1	99402
	07033136						C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

Registrar a la usuaria NUEVA a los 40 días post parto o en el 2º Control de la puérpera

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la orientación/consejería 2
- En el 2º casillero en número de control en el año

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	Barranco	22 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	D	R	2	99402
	07033136						C	C	2. Prescripción inicial de MELA	P	D	R	1	Z30091
							R	R	3.	P	D	R		

Registrar a la usuaria CONTINUADORA a los 6 meses cuando termina la lactancia materna exclusiva

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número "2" cuando llega a los 6 meses con lactancia materna exclusiva.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	Barranco	29 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción MELA	P	D	R	2	Z30491
	07033136						C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

En el caso que se hagan consultas intermedias antes de los 6 meses.

 En el ítem: Lab deje en **Blanco**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	Barranco	29 A	M	N	N	1. Repetición de Prescripción MELA	P	D	R		Z30491
	07033136						C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIODICA

Ritmo, Billings y Días Fijos

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería en PF	P	D	R	1	99402
	07033136						C	C	2. Prescripción Inicial Ritmo	P	D	R	1	Z30092
							R	R	3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Repetición de prescripción Ritmo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z30492
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

ANTICONCEPCIÓN QUIRURGICA VOLUNTARIA

Esta actividad se recoge de los libros de sala de operaciones y se registra en el HIS por no tener otro registro además de la historia clínica que permita recojerla de manera sistematizada.

En el ítem: Sexo marque "F" si es mujer o "M" si es hombre.

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

- En el 1º casillero Anticoncepción quirúrgica voluntaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	154633	1	80	San Juan de Miraflores	38 A	M	N	N	1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z302
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	65656	1	80	Villa María del Triunfo	41 A	M	N	N	1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z302
	62558756								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

CONTROLES AQV EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

En el ítem: Lab: anote el número el número del control post operatorio 1 ó 2 según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Juan de Miraflores	38 A	M	N	N	1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z302
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

La diferenciación para le registro entre los AQV intervenidos quirúrgicamente y los controles post operatorios se realiza a través del campo Lab

CUANDO VIENE A SUS CONTROLES PARA LA PRESCRIPCIÓN DEL MISMO MÉTODO AL AÑO SIGUIENTE:

En los ítems: Establecimiento y Servicio marque en "R" por ser su 1º Consulta del año en el establecimiento y servicio.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número "1" por ser la primera consulta en el año del método en uso
- En el 2º casillero el número de insumos entregados a la usuaria

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porras	22 A	M	N	N	1. Repetición de prescripción oral combinado	P	D	R	1	Z3043
	07033136								2.	P	D	R	4	
									3.	P	D	R		

PRESCRIPCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN PACIENTE CON VIH

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

- En el 1º casillero la infección por VIH sin SIDA
- En el 2º casillero el método prescrito

En el ítem: Tipo de diagnóstico correspondiente a Infección de VIH sin SIDA marque "R"

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA A ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porras	29 A	M	N	N	1. Infección de VIH sin SIDA	P	D	R		Z21X1
	07033136								2. Repetición de prescripción oral combinado	P	D	R	2	Z3043
									3.	P	D	R	4	

CAPTACIÓN DE LA USUARIA CON DEMANDA INSATISFECHA

Definición Operacional: Identificación de las mujeres que desde hace un año no optan por un método anticonceptivo. Esta identificación puede hacerse a través de actividades extra e intra murales. Se considera captada cuando luego de realizar una intervención (visita domiciliaria, sesiones educativas) por el personal de salud, la mujer accede a los servicios de planificación familiar y opta por un método anticonceptivo.

Registre:

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

- En el 1º casillero usuaria captada
- En el 2º casillero la orientación/consejería
- En el 3º casillero el método anticonceptivo que ha optado y/o retomado la usuaria.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero correspondiente a la orientación/consejería anote el número 1, 2 según corresponda.
- En el 3º casillero correspondiente a método anticonceptivo registre el número de consulta establecido para el año en cada método.
- En el 4º casillero anote el número de insumos entregados a la usuaria

La definición operacional describe como Usuaria Captada a aquella que una vez identificada se realiza la intervención, viene al establecimiento y opta por un método anticonceptivo, no hay paciente captada si no obta por un método anticonceptivo.

Los registros que solo señalen "usuaria captada" y no describan el método anticonceptivo elegido por la usuaria NO SERÁN VÁLIDOS.



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Usuaría captada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U161
	07033136						C	C	2. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
							R	R	3. Prescripción inicial oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3003
						M	N	N	1.	P	D	R	1	
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

EFFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

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

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva el efecto secundario
- En el 2º casillero el efecto secundario del método en uso.

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	38 A	M	N	N	1. Amenorrea sin otra especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		N912
	07033136						C	C	2. Efecto secundario Inyectable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Y4252
							R	R	3.	P	D	R		

COMPLICACIONES DIU

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	24 A	M	N	N	1. Sangrado anormal asociado a DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		T8332
	07033136						C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		
23	54722	1	80	San Martín de Porres	29 A	M	N	N	1. Complicaciones DIU con perforación uterina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		T8335
	69170444						C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		
16	21240	1	80	San Martín de Porres	32 A	M	N	N	1. Dolor pélvico asociado a DIU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		T8336
	61390555						C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

Las complicaciones que no estén confirmadas deberán ser registradas con tipo de diagnóstico Presuntivo "P"

FALLA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

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

- En el 1º casillero la Falla del Método en uso
- En el 2º casillero la Atención Prenatal

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab anote en la Atención Prenatal "1" de la primera atención.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	38 A	M	N	N	1. Falla de método oral combinado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z33X21
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención Pre Natal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
							R	R	3.	P	D	R		

ENTREVISTA DE TAMIZAJE

Definición Operacional: Aplicación de un cuestionario de evaluación con la finalidad de hacer una detección temprana y oportuna de los problemas y/o trastornos de Salud Mental en la población.

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

- En el 1º casillero la Entrevista de Tamizaje

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab anote la sigla correspondiente al motivo por el cual se está haciendo la entrevista:

- **VIF**= Violencia Intrafamiliar
- **VSX**= Violencia sexual

Cuando el Tamizaje es Negativo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Entrevista de tamizaje	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402
							R	R	3. Prescripción inicial Inyectable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z30052
 	 	 	 	 	 	M	N	N	1.	P	D	R	1	
	 	 	 	 	 	F	C	C	2.	P	D	R	 	
	 	 	 	 	 	F	R	R	3.	P	D	R	 	

Cuando el resultado del Tamizaje es POSITIVO para violencia, el tipo de diagnóstico es "D"

- **R456** Problemas relacionados con violencia

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Entrevista de Tamizaje	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Problemas relacionados con violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		R456
							R	R	3. Orientación/Consejería en PF	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402

ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA/YUZPE

Método que se usa en situaciones de emergencia, no reemplaza el uso continuo de otros métodos anticonceptivos y debe ser administrado por personal capacitado

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

- En el 1º casillero la prescripción de AOE/YUZPE

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab:

- En el 1º casillero registre el número de **PASTILLAS ENTREGADAS** a la usuaria

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Prescripción AOE/YUZPE	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8	Z3091
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

PRESCRIPCIÓN DE AOE EN VIOLENCIA SEXUAL

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero "VSX" de violencia sexual
- En el 2º casillero registre el número de **PASTILLAS ENTREGADAS** a la usuaria.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Prescripción AOE/YUZPE	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VSX	Z3091
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	8	
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL/PREGESTACIONAL

Definición Operacional: Es la atención integral realizada para promover los cuidados más adecuados durante el periodo preconcepcional y lograr un embarazo, parto y puerperio y un recién nacido/a en buen estado de bienestar tanto biológico, psicológico y social.

Se considera preparada cuando ha recibido tres (03) atenciones con un paquete mínimo de: evaluación física, nutricional, dosaje de hemoglobina/hematocrito, provisión de ácido fólico 3 meses antes del embarazo, tamizaje para VIH, toma PAP, examen de mamas, tamizaje de Violencia basada en Género (VBG), evaluación odontológica, inmunización contra Hepatitis B, antitetánica y fiebre amarilla en zonas endémicas, además orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.

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

- En el 1º casillero Atención Preconcepcional
- En los otros casilleros las actividades consideradas en la atención.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab correspondiente a la atención preconcepcional/pregestacional 1, 2, 3 según corresponda.

Para el EXAMEN DE MAMA

- N si es Normal
- A si es Anormal

Para la CONSEJERÍA INTEGRAL

- En el 1º casillero el número de sesión de orientación/consejería
- En el 2º casillero "MA" para indicar que la orientación/consejería es en Prevención de Cáncer de Mama

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	X	X	1. Atención Preconcepcional	P	X	R	1	U307
	07033136						C	C	2. Sobrepeso	P	X	R	IMC	E660
							R	R	3. Examen de mamas	P	X	R	N	Z0143
 	 	 	 	 	 	 	N	N	1. Consejería Integral	P	X	R	1	99401
							C	C	2.	P	D	R	MA	
							R	R	3.	P	D	R		

Cuando viene a la 2da. Atención preconcepcional/preconcepcional, anote:

En el ítem: Lab correspondiente a la atención preconcepcional 2.

Para la administración del Ácido Fólico y Toma Papanicolaou

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

- En el 1º casillero Atención Preconcepcional
- En el 2º casillero Administración de Ácido Fólico
- En el 3º casillero Toma de PAP
- En el 4º casillero Consejería Integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de sesión de Atención Preconcepcional
- En el 2º casillero **"AF1"** para indicar la entrega de 90 comprimidos
- En el 3º casillero para la toma de PAP
 - **"PV"** Si es la 1º vez que se toma PAP en su vida
 - **"PC"** Si es la 2º a más veces
- En el 4º casillero en número consejería de cáncer
- En el 5º casillero **"CU"** para indicar consejería de Cáncer de Cuello Uterino

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	X	X	1. Atención Preconcepcional	P	X	R	2	U307
	07033136						C	C	2. Administración de Ácido Fólico	P	X	R	AF1	Z298
							R	R	3. Toma de PAP	P	X	R	PC	88141
 	 	 	 	 	 	 	N	N	1. Consejería Integral	P	X	R	1	99401
							C	C	2.	P	D	R	CU	
							R	R	3.	P	D	R		

La tercera sesión de la Atención Preconcepcional se registra siempre con tipo de diagnóstico en "D" y con 3 en el campo Lab, describiendo la continuidad de las actividades descritas como paquete mínimo en la definición operacional.

Los ejemplos son referenciales, el registro debe obedecer a la secuencia correlativa de la atención, alternando las actividades realizadas en las usuarias

TAMIZAJE PARA VIH EN MEF
CUANDO EL TAMIZAJE SE REALIZA EN EL CONSULTORIO

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

- En el 1º casillero Consejería Pre Test
- En el 2º casillero Toma de Prueba para VIH
- En el 3º casillero Consejería Post test de acuerdo al resultado sea:
 - NEGATIVO Z7173
 - REACTIVO Z7172

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
 - **PRA** = Cuando se trate de Prueba Rápida

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7171
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Toma de Prueba rápida para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRA	86703
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Consejería Post Test Negativo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7173

CUANDO EL TAMIZAJE ES REALIZADO EN EL LABORATORIO

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

- En el 1º casillero orientación/consejería Pre Test

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7171
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

CUANDO SE TIENE EL RESULTADO DE LABORATORIO

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

- En el 1º casillero la orientación/consejería Post test de acuerdo al resultado

NEGATIVO	Z7173
REACTIVO	Z7172

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Orientación/Consejería Post Test Negativo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7173
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

En las MEF con ELISA REACTIVA en MEF con PR Reactiva

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

- En el 1º casillero evaluación y entrega de resultado de VIH
- En el 2º casillero orientación/consejería Post Test positivo

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

En el ítem: Lab registre **ELI** = Cuando se trate de Prueba de Elisa

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultado de VIH	P	D	R	ELI	U2652
	07033136								2. Orientación/Consejería Post test positivo	P	D	R		Z7172
									3.	P	D	R		

B. ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (APP)

VISITA FAMILIAR INTEGRAL (99344)

Definición Operacional: Actividad de salud dirigida a la persona y/o familia en su domicilio, con el fin de realizar el seguimiento de la usuaria que no acude a recibir los insumos anticonceptivos correspondiente, 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 auto diagnóstico y evaluación de las familias.

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

- En el 1º casillero Asistencia para anticoncepción no especificada
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" para ambas

En el ítem: Lab anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
6	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Asistencia para anticoncepción no especificada	P	D	R		Z309
	07033136								2. Visita Familiar Integral	P	D	R	1	99344
									3.	P	D	R		

Todas las Visitas de Seguimiento se registran con el motivo de la visita en el 1º ítem y al final de todas las actividades la Visita Familiar Integral

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
27	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Asistencia para anticoncepción no especificada	P	D	R		Z309
	07033136								2. Visita Familiar Integral	P	D	R	2	99344
									3.	P	D	R		

Consideraciones:

- Las visitas de seguimiento serán programadas por el personal de salud, no existe restricciones en el ingreso para el número de visitas por paciente.
- Las visitas de seguimiento de pacientes al ser programadas deben contar con los datos del paciente en seguimiento, no debe omitirse HC, DNI, Procedencia, etc.
- Las visitas de seguimiento de pacientes SIEMPRE deben tener el MOTIVO de la visita, NUNCA se registra "Visita Familiar Integral" sola.
- En las visitas de seguimiento ya no se registra el establecimiento del Plan Familiar, esto se realiza en las visitas de salud familiar para ver la diferenciación del registro revisar el manual de registro HIS de la estrategia Salud Familiar.

SESIÓN EDUCATIVA (C0009)

Definición Operacional: Es la actividad que consiste en capacitar o afianzar los conocimientos sobre un tema específico utilizando la metodología de educación para adultos (técnicas participativas). Tiene un promedio de 15 a 30 participantes y duración entre 01 a 02 horas.

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

En el ítem: Historia Clínica / Ficha Familiar puede utilizar:

- APP141 Actividades con Adolescentes
- APP142 Actividades con Adultos
- APP144 Actividades con Docentes
- APP151 Actividades en Mujeres
- APP152 Actividades en Gestantes
- APP153 Actividades en Puérperas

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividad de Planificación Familiar

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

En el ítem: Lab anote el número de participantes en el primer casillero.

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
19	APP151	/	/	San Martín de Porres	/	M	N	N	1. Sesión Educativa	P	D	R	18	C0009
						C	C		2. Actividades de Planificación Familiar	P	D	R		U0033
						F	R	R	3.	P	D	R		

SESIÓN DEMOSTRATIVA (C0010)

Definición Operacional: Es una actividad educativa con demostración de prácticas saludables que se brinda a los usuarios de manera grupal, que aborda aspectos correspondientes a cada etapa de vida.

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 / Ficha Familiar puede utilizar:

- APP141 Actividades con Adolescentes
- APP142 Actividades con Adultos
- APP144 Actividades con Docentes
- APP151 Actividades en Mujeres
- APP152 Actividades en Gestantes
- APP153 Actividades en Puérperas

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividad de Planificación Familiar

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

En el ítem: Lab anote:

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
28	APP151	/	/	San Martín de Porres	/	M	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	D	R	12	C0010
						C	C		2. Actividades de Planificación Familiar	P	D	R		U0033
						F	R	R	3.	P	D	R		