



REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
METAXÉNICAS Y OTRAS TRANSMITIDAS POR
VECTORES**

2012

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y OTRAS TRASMITIDAS POR VECTORES ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
U157	Censo de Colaterales	U263	Evaluación y Entrega de Resultados de Muestra de Control
U2142	Toma de Muestra de diagnóstico	U1201	Sesión demostrativa
U2143	Toma de Muestra de Control	U120	Sesión Educativa
U250	Quimioprofilaxis	U124	Capacitación
U3111	Adm. Tratamiento supervisado 1ra. Línea	U122	Taller en Salud
U3112	Adm. Tratamiento supervisado 2da. Línea	U1051	Supervisión Integral
U3113	Adm. Tratamiento supervisado 3ra. Línea	U1052	Asistencia Técnica
U310	Administración de tratamiento supervisado	U153	Visita Familiar Integral
U325	Fracaso al tratamiento/Falla terapéutica al tratamiento	U721	Plan Familiar de Alto Riesgo
U326	Recaída/Recidiva	U722	Plan Familiar de Mediano Riesgo
		U723	Plan Familiar de Bajo Riesgo

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS

Esta Estrategia desarrolla dos (2) tipos de actividades: las Atenciones de Salud y las Actividades Preventivo Promocionales (APP). El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales.

A. ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, pertenencia étnica, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento y servicio (ítems 7 al 16) 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 hasta 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.

Cualquier sugerencia por favor remitirla a los correos:

jjordan@minsa.gob.pe; rcruz@minsa.gob.pe; pvasquez@minsa.gob.pe; lvalerianoa@minsa.gob.pe;
mbardalese@minsa.gob.pe.

MALARIA

Código	Diagnóstico / Actividad
R5091	Febril sospechoso de malaria
B509	Malaria por Falciparum sin otra especificación
B519	Malaria por P. Vivax sin complicaciones
B529	Malaria por P. Malariae sin complicaciones
B538	Malaria Mixta
Y412	Reacción Adversa a Medicamentos Antiamarílicos
B54X	Malaria no especificado (Malaria diagnosticados clínicamente sin confirmación parasitológica Malaria SAI) Caso Probable

Código	Diagnóstico / Actividad
B54X1	Persona en Riesgo de Transmisión de Malaria
U2161	Aplicación de tira reactiva para diagnóstico
U326	Recaída/Recidiva
U325	Fracaso al tratamiento/Falla terapéutica al tratamiento
U2622	Evaluación y Entrega de Resultados de muestra de diagnóstico por gota gruesa
U2621	Evaluación y Entrega de Resultados del diagnóstico por de Tira Reactiva
U0074	Actividad de Malaria

FEBRILES SOSPECHOSOS DE MALARIA

Definición Operacional: Se considera febril a toda persona con fiebre (temperatura oral y/o axilar mayor de 37.5 °C) en algún momento durante los últimos 15 días, que reside o procede de áreas con riesgo de transmisión de malaria (presencia de Anopheles sp).

Se consideran dos actividades que siempre se van a registrar en forma conjunta: Febril Sospechoso y Toma de muestra para diagnóstico, anote de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero Febril Sospechoso de Malaria
- En el 2º casillero Toma de Muestra para diagnostico

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque siempre “D” en ambos casos

En el ítem: **Lab** anote

- En el 1º casillero deje en **blanco**
- En el 2º casillero registre el número de muestra 1

Si es examen con Gota Gruesa

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Febril sospechoso de Malaria	P	D	R		R5091		
	06252348								C	C	2. Toma de muestra para Dx.	P	D	R	1	U2142
									R	R	3.	P	D	R		

Si es examen con Tira Reactiva

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Febril sospechoso de Malaria	P	D	R		R5091		
	06252348								C	C	2. Aplicación de tira reactiva para Dx.	P	D	R	1	U2161
									R	R	3.	P	D	R		

Si el febril es un colateral, anote:

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero registre **CE** de colateral examinado
- En el 2º casillero registre el número de muestra 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				
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Febril sospechoso de Malaria	P	D	R	CE	R5091		
	06252348								C	C	2. Toma de muestra para Dx.	P	D	R	1	U2142
									R	R	3.	P	D	R		

Si la paciente es una gestante, anote:

- En el tercer casillero **Laboratorio** la letra **G** si es gestante o la letra **P** si es puérpera:

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				
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Febril sospechoso de Malaria	P	D	R		R5091		
	06252348								C	C	2. Toma de muestra para Dx.	P	D	R	1	U2142
									R	R	3.	P	D	R	G	

En los casos probables, anote:

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

- En el 1º casillero el diagnóstico del tipo de Malaria
- En el 2º casillero Toma de Muestra de diagnóstico

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

- En el 1º casillero "P"

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				
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	P	D	R		B54X		
	06252348								C	C	2.	P	D	R		
									R	R	3.	P	D	R		



CASOS NUEVOS DE MALARIA

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

- En el 1º casillero Malaria con tipo de diagnóstico
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” en ambos casos

En el ítem: **Laboratorio** anote el número de muestra 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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B509
	06252348								2. Evaluación y entrega de resultado Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2622
									3.	P	D	R		

13	24424	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Mixta	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B538
	42414756								2. Evaluación y entrega de resultado Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2622
									3.	P	D	R		

13	17141	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B519
	7145826								2. Evaluación y entrega de resultado Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2622
									3.	P	D	R		

Quando el resultado es negativo

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

- En el 1º casillero la evaluación y entrega de resultados de muestra de diagnostico

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D”

En el ítem: **Laboratorio** anote el número de muestra 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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultado Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2622
	06252348								2. Infección de vías urinarias	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		N390
									3.	P	D	R		

Si el profesional encuentra una morbilidad distinta al motivo de la muestra o tiene un diagnóstico clínico diferente, registre esta morbilidad (Presuntiva o definitiva).

Si el caso de Malaria corresponde a un colateral

En el ítem: **Laboratorio** anote:

- En el 1º casillero **CE** Colateral Examinado

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	CE	B519
	06252348								2. Evaluación y entrega de resultado Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2622
									3.	P	D	R		

Si el caso es una gestante, anote:

- En el 3º casillero Laboratorio la letra G si es gestante o P si es puerpera

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B519
	06252348								2. Evaluación y entrega de resultado Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2622
									3.	P	D	R	G	

En la evaluación y entrega de resultados de muestra de diagnóstico

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Malaria
- En el 2º casillero la evaluación y entrega de resultados de muestra de diagnóstico

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 2º casillero registre el número de muestra 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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B509
	06252348								2. Evaluación y entrega de resultado Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2622
									3.	P	D	R		

CUANDO ES ALTA DEL PACIENTE, anote:

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

- En el 1º casillero el tipo de Malaria
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados de muestra control

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero registre **PA** de Paciente de Alta

En el caso de Malaria Vivax con dos exámenes de control



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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	D	R	PA	B519
	06252348								2. Evaluación y entrega de resultado de G.G. de control	P	D	R	2	U2623
									3.	P	D	R		

En el caso de malaria Falciparum con tres exámenes de control

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	D	R	PA	B509
	06252348								2. Evaluación y entrega de resultado de G.G. de control	P	D	R	3	U2623
									3.	P	D	R		

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

El registro de esta actividad debe hacerlo el personal de salud que administra y supervisa el tratamiento

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Malaria
- En el 2º casillero Administración de Tratamiento 1º, 2º ó 3º línea

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

- En el 1º casillero marque “R”
- En el 2º casillero marque “D”

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero deje en **blanco**
- En el 2º casillero registre el número de dosis (1, 2, 3, 4, 5.....) según corresponda.

Administración de tratamiento para MALARIA VIVAX

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	D	R		B519
	06252348								2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310
									3.	P	D	R		

En el caso de MALARIA VIVAX en gestante, anote:

En el ítem: **Laboratorio** anote en el 3º casillero la letra “G” de gestante

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	D	R		B519
	06252348								2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310
									3.	P	D	R		G

Administración de tratamiento para MALARIA FALCIPARUM

En los Pacientes de la Costa

Se consideran tres tipos de tratamiento;

- Administración de Tratamiento de 1ra línea U3111
- Administración de Tratamiento de 2da. Línea U3112
- Administración de Tratamiento de 3ra línea U3113

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	D	R		B509
	06252348								2. Administración de tratamiento 1° línea	P	D	R	1	U3111
									3.	P	D	R		

Administración de tratamiento para MALARIA FALCIPARUM en gestantes

Anote en el 3º casillero: **Laboratorio** la letra **G** de gestante

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	D	R		B509
	06252348								2. Administ. de tratamiento 3° línea	P	D	R	1	U3113
									3.	P	D	R		G

En los Pacientes de Zona Amazónica

Se consideran dos tipos de Tratamiento

- Administración de Tratamiento de 2da. Línea U3112
- Administración de Tratamiento de 3ra línea U3113

En el ítem Laboratorio: anote en el 1º casillero AC de Cepa Amazónica

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	D	R	AC	B509
	06252348								2. Administ. de tratamiento 2° línea	P	D	R	1	U3112
									3.	P	D	R		

Administración de tratamiento para MALARIA MALARIAE

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria sin complicaciones	P	D	R		B529
	06252348								2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310
									3.	P	D	R		



Administración de tratamiento para MALARIA MIXTA

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Mixta	P	D	R	1	B538
	06252348								2. Administración de tratamiento	P	D	R		U310
									3.	P	D	R		

En el caso de las gestantes, se administra semanalmente cloroquina posterior al tratamiento, anote:

- En el 3º casillero la letra **G** cuando es **gestante**.

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	D	R	6	B519
	06252348								2. Administración de tratamiento	P	D	R		U310
									3.	P	D	R		G

En el caso de las puérperas se administra primaquina, anote

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	D	R	5	B519
	06252348								2. Administración de tratamiento	P	D	R		U310
									3.	P	D	R		P

En las muestra de control se hará de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Malaria
- En el 2º casillero la toma de muestra de control

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque

- En el 1º casillero marque **"R"**
- En el 2º casillero marque **"D"**

En el ítem: **Laboratorio**, anote

- En el 2º casillero registre el número de la muestra (1, 2, 3, ...) 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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	D	R	1	B519
	06252348								2. Toma de muestra de control	P	D	R		U2143
									3.	P	D	R		

CASOS DE RECIDIVA

Definición Operacional: Se considera como recidiva a la persistencia o aparición de síntomas clínicos de malaria y/o hallazgos parasitológicos en un paciente, por falla terapéutica al tratamiento, luego de 30 días de haberse administrado tratamiento completo y supervisado.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Malaria
- En el 2º casillero evaluación y resultados de muestra de control
- En el 3º casillero el falla al tratamiento

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

- En el 1º casillero marque “R”
- En el 2º Y 3º casillero 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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	D	R	3	B509
	06252348								2. Evaluación y entrega resultado muestra de control	P	D	R		U263
									3. Recidiva	P	D	R		U326

CASOS DE REINFECCIÓN

Definición Operacional: Se considera como reinfección a la presencia de síntomas clínicos y/o hallazgos parasitológicos de infección por malaria en un individuo después de los 30 ó más días de haber culminado el tratamiento antimalárico y de haber obtenido categoría de egreso como curado en el estudio de cohorte de tratamiento. Estos pacientes se notificarán como casos nuevos en la vigilancia epidemiológica y en el informe operacional mensual.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico tipo de Malaria
- En el 2º casillero a evaluación y entrega de resultados

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” en ambos casos

En el ítem: **Laboratorio** anote:

- En el 1º casillero la sigla “R” de **Reinfección**
- En el 2º casillero el número de la muestra (1.....) 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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	D	R	R	B509
	06252348								2. Evaluación y entrega resultados BK	P	D	R	1	U266
									3.	P	D	R	U326	



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Definición Operacional: actividad que se realiza en el ingreso y al final del tratamiento del paciente, en esta actividad se hace el censo de los colaterales. Se registra de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero el diagnóstico del tipo de Malaria
- En el 2º casillero Atención de enfermería

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero registre (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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	D	R	1	B519
	06252348								2. Atención de enfermería	P	D	R		U148
									3.	P	D	R		

CENSO DE COLATERALES

Use un registro para cada colateral y registre de la siguiente manera:

Marque C en establecimiento y C en servicio

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Malaria no especificada
- En el 2º casillero Colateral censado

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

- En el 1º casillero marque "P"
- En el 2º casillero marque "D"

CUANDO SE HACE EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	P	D	R		B54X
	06252348								2. Censo de colateral	P	D	R		U157
									3.	P	D	R		

CUANDO SE HACE EN EL DOMICILIO

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero AE de actividad extramural

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	P	D	R	AE	B54X
	06252348								2. Censo de colateral	P	D	R	U157	
									3.	P	D	R		



EN EL COLATERAL EXAMINADO

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

En el ítem: **Laboratorio** anote **CE** colateral

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					
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	CE	B54X			
	06252348								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	D	R
									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.			P	D	R

QUIMIOPROFILAXIS

Tratamiento profiláctico que se suministra a las gestantes personal de salud y personal militar.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Malaria
- En el 2º casillero Quimioprofilaxis

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

- En el 1º casillero marque **"R"**
- En el 2º casillero marque **"D"**

En el ítem: **Laboratorio** anote;

- En el 2º casillero el número de dosis (1, 2) según corresponda.
- En el 3º casillero la letra **"G"** cuando es **gestante**

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					
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	1	B519			
	06252348								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Quimioprofilaxis			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R
									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.			P	D	R

- **"ST"** cuando es el Trabajador de Salud

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					
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	1	B54X			
	06252348								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Quimioprofilaxis			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R
									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.			P	D	R

- **"M"** cuando es el Personal Militar

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					
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Malaria no especificada	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	1	B54X			
	06252348								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Quimioprofilaxis			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R
									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.			P	D	R



REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIAMARÍLICOS

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

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva la reacción adversa
- En el 2º casillero la reacción adversa

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		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Vómito	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		R11X
	06252348						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Reacción adversa droga antipalúdica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Y412
								R	R	3.	P	D	R	



FIEBRE AMARILLA

Código	Diagnóstico / Actividad
A950	Fiebre Amarilla Selvática
A9501	Fiebre Amarilla Selvática Fase Moderada
A9502	Fiebre Amarilla Selvática Fase Tóxica
A951	Fiebre Amarilla Urbana
A959	Fiebre Amarilla no Especificada
U2628	Evaluación y entrega de resultado de diagnóstico de Fiebre Amarilla
U0091	Actividades de Fiebre Amarilla

EN LA LOCALIZACIÓN DE CASOS

En la consulta externa, anote:

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

- En el 1º casillero el tipo de Fiebre Amarilla
- En el 2º casillero Toma de Muestra de diagnóstico

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

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º casillero "D"

En el ítem: Laboratorio, anote:

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero registre el número de muestra 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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla no especificada	P	D	R	1	A959		
	06252348								C	C	2. Toma de muestra de Dx.	P			D	R
											R	R			3.	P

En la Comunidad, anote:

En el ítem: **establecimiento y servicio**: marque "X" en "C"

En el ítem: Laboratorio anote AE de Actividad Extramural

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla no especificada	P	D	R	AE	A959
	06252348								C	C	2.	P	D	R
											R	R	3.	P

EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

Si el Resultado es Positivo

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

- En el 1º casillero el tipo de Fiebre Amarilla
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados

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

En el ítem: **Laboratorio** anote:

- En el 2º casillero el número de la muestra 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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla selvática	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A959
	06252348								2. Evaluación de resultado Dx. De fiebre amarilla	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2628
									3.	P	D	R		

Si el Resultado es Negativo

Para el ítem: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad** de salud anote evaluación de resultados de diagnóstico de Fiebre Amarilla

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Evaluación de resultado Dx. de fiebre amarilla	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2628
	06252348								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

En los Casos Probables, para el ítem 17: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico de Fiebre Amarilla
- En el 2º casillero Toma de Muestra de diagnostico

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque en el 1º casillero **“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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A959
	06252348								2. Toma de muestra de Dx.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2142
									3.	P	D	R		

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Fiebre Amarilla
- En el 2º casillero la Administración de tratamiento

En el ítem: **Tipo de diagnóstico**

- En el 1º casillero marque **“R”**
- En el 2º y 3º casillero marque **“D”**

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero el número de tratamiento (1, 2, 3...) 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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla selvática	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		A959
	06252348								2. Administración de tratamiento (soporte)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U310
									3.	P	D	R		

ALTA DEL PACIENTE, anote:

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

- En el 1º casillero el tipo de Fiebre Amarilla

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero marque "R"

En el ítem: Laboratorio anote

- En el 1º casillero registre PA de Paciente de Alta

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						
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla selvática	P	D	R	PA	A959				
	06252348																	
						F	R	R	3.	P	D	R						

DENGUE

Código	Diagnóstico / Actividad
A90X	Dengue clásico
A91X	Dengue Hemorrágico
A94X	Fiebre Viral no especificada
A99X	Fiebre Viral hemorrágica no especificada
U2625	Evaluación y Entrega de Resultados de Dengue
U0089	Actividades de Dengue

FEBRIL IDENTIFICADO DE DENGUE

Anote:

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

- En el 1º casillero el tipo de Dengue
- En el 2º casillero Toma de Muestra de diagnostico

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

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º casillero "D"

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 2º casillero registre el número de muestra 1

En el DENGUE CLÁSICO

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						
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue clásico	P	D	R		A90X				
	06252348																	
						F	R	R	3.	P	D	R						



En el DENGUE HEMORRÁGICO

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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue hemorrágico	P	D	R		A91X		
	06252348								C	C	2. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142
									R	R	3.	P	D	R		

Casos Probables de Dengue Clásico con manifestaciones Hemorrágicas

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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue hemorrágico	P	D	R		A91X		
	06252348								C	C	2. Fiebre viral con manifestaciones hemorrágicas	P	D	R		A99X
									R	R	3. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142

En los Casos Confirmados

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

- En el 1º casillero el tipo de Dengue
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” en ambos casos

En el ítem: **Laboratorio** anote:

- En el 2º casillero el número de la muestra 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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue clásico	P	D	R		A90X		
	06252348								C	C	2. Evaluación y entrega de resultado de Dx. de dengue	P	D	R	1	U2625
									R	R	3.	P	D	R		

Si el resultado es negativo

Para el ítem: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad** de salud anote evaluación de resultados de diagnóstico de Dengue

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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultado de Dx. de dengue	P	D	R	1	U2625		
	06252348								C	C	2.	P	D	R		
									R	R	3.	P	D	R		

Si la atención se da a una gestante o puérpera

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 3º la letra **G** si es gestante o la letra **P** si es puérpera

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Dengue
- En el 2º casillero la Administración de tratamiento

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

- En el 1º casillero marque **“R”**
- En el 2º y 3º casillero marque **“D”**

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero el número de tratamiento (1, 2, 3...) 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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue clásico	P	D	R	1	A90X
	06252348								2. Administración de tratamiento	P	D	R		
									3.	P	D	R		

Quando el caso de Dengue Hemorrágico es derivado al hospital

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Dengue Hemorrágico
- En el 2º casillero Derivado

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

- En el 1º casillero marque **“R”**
- En el 2º casillero 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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue clásico	P	D	R	1	A90X
	06252348								2. Derivado	P	D	R		
									3.	P	D	R		

BARTONELOSIS

Código	Diagnóstico / Actividad
--------	-------------------------

A440 Bartonelosis Aguda o Hemática
 A441 Bartonelosis Crónica o Verrucosa
 A4482 Bartonelosis Grave y complicada
 A449 Bartonelosis sin especificación
 R5091 Febril sospechoso
 U2142 Toma de Muestra de diagnóstico

Código	Diagnóstico / Actividad
--------	-------------------------

U325 Fracaso al tratamiento
 U2627 Evaluación y entrega de muestra de diagnóstico de Bartonelosis
 Y4183 Reacción Adversa medicamentos anti Bartonelosis
 U0090 Actividades de Bartonelosis

EN LA LOCALIZACIÓN DE CASOS

Considerar:

FEBRIL

Definición Operacional: Persona con sensación de alza térmica o la presencia de uno o más episodios febriles dentro de los últimos 14 días, sin la evidencia de un foco infeccioso al examen clínico, hallándosele una temperatura corporal por encima de lo esperado: Tº oral > de 37.5 ºC; Tº axilar > de 37.2 ºC; Tº rectal > 38 ºC

Anote de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero el tipo de Bartonelosis
- En el 2º casillero Febril
- En el 3º casillero la toma de muestra de diagnóstico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º y 3º casillero "D"

En el ítem: Laboratorio anote

- En el 3º casillero registre el número de muestra (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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis sin especificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		A449
	06252348								2. Febril	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		R5091
									3. Toma de muestra de Dx.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	U2142

Si es un colateral, anote:

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero CE de contacto examinado

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis sin especificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	CE	A449
	06252348								2. Febril	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		R5091
									3. Toma de muestra de Dx.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	U2142



Si el caso es una gestante, anote en el casillero libre la letra G si es gestante

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis sin especificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G	A449		
	06252348								E	C	2. Febril	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		R5091
									R	R	3. Toma de muestra de Dx.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	U2142

CASOS CONFIRMADOS CON BARTONELOSIS AGUDA Y CRÓNICA VERRUCOSA

Pacientes con confirmación bacteriológica de la *Bartonella bacilliformis* mediante examen de frotis, hemocultivo, serología o Reacción en Cadena de Polimerasa.

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

- En el 1º casillero el tipo de Bartonelosis
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 2º casillero registre el número de muestra evaluada (1, 2...) según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A440		
	06252348								E	C	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	U2627
									R	R	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A441		
	06252348								E	C	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	U2627
									R	R	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis grave o complicada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A4482		
	06252348								E	C	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	U2627
									R	R	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Si el caso de Bartonelosis es un colateral, anote:

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero CE Colateral Examinado

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CE	A440		
	06252348								E	C	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	U2627
									R	R	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	P	D	R	CE	A441
	06252348								2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R	1	U2627
									3.	P	D	R		

Si el caso es una gestante, anote:

- En el 3º casillero Laboratorio la letra G si es gestante:

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	06252348								2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R	1	U2627
									3.	P	D	R	G	

Cuando el resultado de la muestra es **NEGATIVO** y no es caso **Probable**.

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

- En el 1º casillero la evaluación y entrega de resultados

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R		U2627
	06252348								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

Si el caso de colateral y/o gestante, anote:

En el ítem: Laboratorio anote **CE Colateral Examinado** o la letra **G** si es gestante:

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R	CE	U2627
	06252348								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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R	G	U2627
	06252348								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		



CASOS PROBABLES

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

- En el 1º casillero el tipo de Bartonelosis
- En el 2º casillero Toma de muestra de diagnóstico

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” en ambos casos

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 2º casillero el número de muestra (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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R	1	A440		
	06252348								C	C	2. Toma de muestra de Dx.	P		D	R	U2142
											R	R		3.	P	D

13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	P	D	R	1	A441		
	06252348								C	C	2. Toma de muestra de Dx.	P		D	R	U2142
											R	R		3.	P	D

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

En esta actividad hay una serie de consideraciones para diferenciar los diferentes tipos de tratamiento

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Bartonelosis
- En el 2º casillero la Administración de tratamiento

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

- En el 1º casillero marque “R”
- En el 2º y 3º casillero marque “D”

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 2º casillero el número de dosis (1, 2, 3,.....) según corresponda

Tratamiento de Bartonelosis Aguda o Hemática no Complicada: 1ra. Línea

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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R	1	A440		
	06252348								C	C	2. Administración tratamiento 1º línea	P		D	R	U3111
											R	R		3.	P	D

Tratamiento de Bartonelosis Aguda o Hemática no Complicada: 2da. Línea

13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R	1	A440		
	06252348								C	C	2. Administración tratamiento 2º línea	P		D	R	U3112
											R	R		3.	P	D



Cuando es en la gestante: anote "G" en el último casillero Laboratorio libre

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	06252348								2. Administración tratamiento 1° línea	P	D	R	1	U3112
									3.	P	D	R	G	

Tratamiento de Bartonelosis Aguda Grave Complicada 1ra. Línea

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda grave complicada	P	D	R		A4482
	06252348								2. Administración tratamiento 1° línea	P	D	R	1	U3111
									3.	P	D	R		

Cuando es en la gestante: anote "G" en el último casillero Laboratorio libre

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda grave complicada	P	D	R		A4482
	06252348								2. Administración tratamiento 1° línea	P	D	R	1	U3111
									3.	P	D	R	G	

Tratamiento de Bartonelosis Aguda Grave Complicada 2da. Línea

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda grave complicada	P	D	R		A4482
	06252348								2. Administración tratamiento 2° línea	P	D	R	1	U3112
									3.	P	D	R		

Cuando es en la gestante: anote "G" en el último casillero Laboratorio libre

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda grave complicada	P	D	R		A4482
	06252348								2. Administración tratamiento 2° línea	P	D	R	1	U3112
									3.	P	D	R	G	



Tratamiento de Bartonelosis Crónica Verrucosa: 1ra. Línea

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	P	D	R		A441
	06252348								2. Administración tratamiento 1° línea	P	D	R	1	U3111
									3.	P	D	R		

Cuando es en la gestante: anote "G" en el último casillero Laboratorio libre

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	P	D	R		A441
	06252348								2. Administración tratamiento 1° línea	P	D	R	1	U3111
									3.	P	D	R		G

Tratamiento de Bartonelosis Crónica Verrucosa: 2da. Línea

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	P	D	R		A441
	06252348								2. Administración tratamiento 2° línea	P	D	R	1	U3112
									3.	P	D	R		

Cuando es en la gestante: anote "G" en el último casillero Laboratorio libre

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	P	D	R		A441
	06252348								2. Administración tratamiento 2° línea	P	D	R	1	U3112
									3.	P	D	R		G

CENSO DE COLATERALES

Use un registro para cada colateral y registre de la siguiente manera:

En el ítem: marque **C** en establecimiento y **C** en servicio

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

- En el 1° casillero el tipo de Bartonelosis
- En el 2° casillero Colateral censado

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

- En el 1° casillero marque **"P"**
- En el 2° casillero marque **"D"**



Quando se hace en el establecimiento de salud

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A440	
	06252348								2. Censo de colateral	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		U157
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Quando se hace en el domicilio

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero AE de actividad extramural

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AE	A440	
	06252348								2. Censo de colateral	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			U157
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

En el colateral examinado

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

- En el 1º casillero el tipo de Bartonelosis

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

- En el 1º casillero marque "P"

En el ítem: Laboratorio anote CE colateral examinado

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis asintomática	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CE	A449
	06252348								2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIBARTONELOSICOS

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

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva la reacción adversa
- En el 2º casillero la reacción adversa

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	E S T A B L E	S E R V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R17X	
	06252348								2. RAM Antibartonelosis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Y4183
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

FRACASO AL TRATAMIENTO ANTIBARTONELOSICO

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

- En el 1º casillero el tipo de Bartonelosis

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

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

En el tratamiento de 1ra. Línea, anote en el ítem Laboratorio. El número 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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	06252348								2. Fracaso al tratamiento	P	D	R	1	U325
									3.	P	D	R		

En el tratamiento de 2da. Línea, anote en el ítem Laboratorio. El número 2

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	06252348								2. Fracaso al tratamiento	P	D	R	2	U325
									3.	P	D	R		

LEISHMANIASIS

Código	Diagnóstico / Actividad
--------	-------------------------

B551	Leishmaniasis Cutánea
B552	Leishmaniasis muco cutánea o Espundia
B550	Leishmaniasis Visceral
B559	Leishmaniasis no especificada
Y4182	Reacción Adversa a Medicamentos antileishmaniasicos
U325	Fracaso al tratamiento
U2624	Evaluación y entrega de resultados de diagnóstico de Leishmaniasis
U0093	Actividades de Leishmaniasis

TOMA DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

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

- En el 1º casillero el tipo de Leishmaniasis
- En el 2º casillero Toma de Muestra de diagnostico

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

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º casillero "D"

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 2º casillero registre el número de muestra 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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R	1	B551		
	06252348								C	C	2. Toma de muestra de Dx.	P		D	R	U2142
									F	R	R	3.		P	D	R

EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

Si el resultado es Positivo

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

- En el 1º casillero el tipo de Leishmaniasis
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados de acuerdo al tipo de examen

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

En el ítem: **Laboratorio**, anote

- En el 2º casillero el número de la muestra 1, 2...

Si es confirmado por examen serológico, anote:

En el ítem: **Código, U2624**

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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R	1	B552		
	06252348								C	C	2. Evaluación de resultado de Dx. De Leishmaniasis	P		D	R	U2624
									F	R	R	3.		P	D	R

Si es confirmado por Frotis (gota gruesa), anote:

En el ítem: **Código, U2622**

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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R	1	B552		
	06252348								C	C	2. Evaluación de resultado de gota gruesa	P		D	R	U2622
									F	R	R	3.		P	D	R

Si es confirmado por cultivo, anote:

En el ítem: **Código, Z111**

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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R	1	B552		
	06252348								C	C	2. Evaluación de resultado de cultivo	P		D	R	Z111
									F	R	R	3.		P	D	R

Si es confirmado por Biopsia, anote:

En el ítem: Código, U2613

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R		B552
	06252348								2. Evaluación de resultado de biopsia	P	D	R	1	U2613
									3.	P	D	R		

Si el resultado es negativo

Para el ítem: **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad** de salud anote evaluación de resultados de diagnóstico de Leishmaniasis

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	2. Evaluación de resultado de Dx. De Leishmaniasis	P	D	R	1	U2624
	06252348								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

Considerar para:

- Leishmaniasis Cutánea 20 dosis
- Leishmaniasis Muco cutánea 30 dosis

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

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Leishmaniasis
- En el 2º casillero la administración de tratamiento

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero el número de dosis (1, 2, 3,.....)

En la Leishmaniasis Mucocutánea: 1º Ciclo

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis Mucocutánea	P	D	R		B552
	06252348								2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310
									3.	P	D	R		



En la Leishmaniasis Cutánea: 1º Ciclo

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R	1	B551
	06252348								2. Administración de tratamiento	P	D	R		U310
									3.	P	D	R		

En la Leishmaniasis Mucocutánea/Cutánea: 2º Ciclo (en falta de respuesta al 1º Ciclo de tratamiento)

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R	1	B551
	06252348								2. Administración de tratamiento	P	D	R		U3131
									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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R	1	B552
	06252348								2. Administración de tratamiento	P	D	R		U3131
									3.	P	D	R		

En la Leishmaniasis Muco Cutánea/Cutánea: 2da línea (en la falta de respuesta a las Sales antimoniales)

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R	1	B551
	06252348								2. Administración de tratamiento 2º fase	P	D	R		U3132
									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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R	1	B552
	06252348								2. Administración de tratamiento 2º fase	P	D	R		U3132
									3.	P	D	R		

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTILEISHMANIASIS

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

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva la reacción adversa
- En el 2º casillero la reacción adversa

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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Erupción cutánea generalizada (Rash)	P	D	R		L270		
	06252348								C	C	2. RAM Antileishmaniasis	P	D	R		Y4182
										R	R	3.	P	D	R	

ENFERMEDAD DE CHAGAS

Código Diagnóstico / Actividad

- B571 Enfermedad de Chagas aguda
- B572 Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al corazón
- B5721 Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al corazón Incipiente
- B5722 Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al corazón Sintomático
- B573 Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al sistema digestivo
- B5731 Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al sistema digestivo Incipiente
- B5732 Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al sistema digestivo Sintomático

Código Diagnóstico / Actividad

- B574 Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al sistema nervioso
- B575 Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta otros órganos
- B576 Enfermedad de Chagas congénito
- B759 Enfermedad de Chagas (crónica) Indeterminado
- U2629 Evaluación y entrega de resultados de chagas
- Y4181 Reacción Adversa a medicamentos antichagásicos
- U0092 Actividades de Chagas

LOCALIZACIÓN DE CASO

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

- En el 1º casillero enfermedad de Chagas
- En el 2º casillero Toma de Muestra de diagnostico

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

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º casillero "D"

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 2º casillero registre el número de muestra 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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571		
	06252348								C	C	2. Toma de muestra para Dx.	P	D	R	1	U2142
										R	R	3.	P	D	R	

EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

Si el resultado es Positivo

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Chagas
- En el 2º casillero evaluación y entrega de resultados de acuerdo al tipo de examen

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D”

En el ítem: **Laboratorio** anote:

- En el 2º casillero el número de la muestra (1, 2...)

Si es confirmado por examen serológico, anote

En el ítem: **Código, U2629**

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			
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	B571	
	06252348								2. Evaluación y resultados Dx. De chagas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U2629
									3.	P	D	R		

Si es confirmado por Inmunodiagnóstico

En el ítem: **Código, Z018**

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			
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	B571	
	06252348								2. Otros exámenes especiales especificados	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z018
									3.	P	D	R		

Si es confirmado por examen parasitológico (G. fresca, concentración, hemocultivo, serodiagnóstico)

En el ítem: **Código, Z119**

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			
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	B571	
	06252348								2. Evaluación y resultados examen parasitológico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z119
									3.	P	D	R		

Si el resultado es Negativo

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

- En el 1º casillero evaluación y entrega de resultados muestra de diagnóstico de Chagas

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D”

En el ítem: **Laboratorio** anote: el número de la muestra 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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1 Evaluación y resultados Dx. De chagas	P	D	R	1	U2629		
	06252348								C	C	2.	P	D	R		
									F	R	R	3.	P	D	R	

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

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

- En el 1º casillero el diagnóstico correspondiente a Chagas
- En el 2º casillero la administración de tratamiento

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 2º casillero el número de tratamiento 1, 2, 3... según corresponda

En el Tratamiento Sintomático

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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571		
	06252348								C	C	2. Administración tratamiento 1º línea	P	D	R	1	U310
									F	R	R	3.	P	D	R	

En el Tratamiento Etiológico

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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571		
	06252348								C	C	2. Administración tratamiento	P	D	R	1	U310
									F	R	R	3.	P	D	R	

El tratamiento con **trypansomocidas** está contraindicado en gestantes.

En el Tratamiento de Chagas congénito

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				
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas congénito	P	D	R		B576		
	06252348								C	C	2. Administración tratamiento	P	D	R	1	U310
									F	R	R	3.	P	D	R	

En el Tratamiento de Chagas Crónico Indeterminado

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			
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas crónico indeterminado	P	D	R	1	B575	
	06252348								2. Administración tratamiento	P	D	R			U310
									3.	P	D	R			

EN LA TOMA DE MUESTRA DE CONTROL

Considerar lo siguiente:

- Con exámenes bioquímicos 3 y/o dependiendo del estado del paciente
- Con exámenes Parasitológicos 2 al 1º Y 3º Mes del tratamiento.
- Con Exámenes Serológico 3, al 1º 2º Y 3º año después del tratamiento.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Chagas
- En el 2º casillero Toma de muestra de control

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote:

- En el 2º casillero el número de la muestra 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			
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R	1	B571	
	06252348								2. Toma de muestra de control	P	D	R			U2143
									3.	P	D	R			

Nota: Los casos de Chagas Agudo estarán sujetos a 04 controles de tipo parasitológico y serológico con una frecuencia Trimestral luego de concluido el tratamiento a fin de evaluar la categoría de egreso 12 meses luego de finalizado éste.

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO ANTICHAGÁSICO

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

- En el 1º casillero el signo o síntoma que motiva la reacción adversa
- En el 2º casillero la reacción adversa

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			
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Anorexia	P	D	R	1	R630	
	06252348								2. RAM Antichagásico	P	D	R			Y4181
									3.	P	D	R			

ABANDONOS RECUPERADOS

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Chagas
- En el 2º casillero abandono recuperado

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

- En el 1º casillero “R”
- En el 2º casillero “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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571
	06252348								2. Abandono recuperado	P	D	R		U324
									3.	P	D	R		

CASO CURADO

Definición Operacional: Es el paciente ha recibido tratamiento tripanosomicida supervisado, completo y los exámenes de laboratorio efectuados durante el seguimiento, evidencian ausencia de parásitos y serología negativa **12 meses luego de finalizado el tratamiento.**

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Chagas
- En el 2º casillero evaluación de muestra de control

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

- En el 1º casillero “R”
- En el 2º casillero “D”

En el ítem: Laboratorio anote:

- En el 1º casillero “PA” de paciente de alta.
- En el 2º casillero el número de muestra

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			
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R	PA	B571	
	06252348								2. Evaluación resultado muestra de control	P	D	R		5	U263
									3.	P	D	R			

RESISTENCIA (FRACASO DE TRATAMIENTO)

Definición Operacional: La resistencia terapéutica a tripanosomicidas se define como; la persistencia o reaparición de serología positiva y/o una prueba parasitológica positiva a infección por T. cruzi, durante el período de seguimiento y control del caso.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico de Chagas
- En el 2º casillero evaluación de muestra de control
- En el 3º casillero fracaso al tratamiento

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

- En el 1º casillero “R”
- En el 2º y 3º casillero “D”



En el ítem: **Laboratorio** anote:

- En el 2º casillero el número de muestra

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R	1	B571
	06252348								2. Evaluación resultado muestra de control	P	D	R		U263
									3. Fracaso de tratamiento	P	D	R		U325

EN EL TAMIZAJE SEROLÓGICO A NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS, anote:

En el ítem 8: **Ficha Familiar o Historia Clínica** anote **APP108** que es código de **comunidad**

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

- En el 1º casillero Tamizaje Serológico
- En el 2º casillero Actividades de Chagas

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

En el ítem: **Laboratorio,** anote el número de niños tamizados

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		
08	APP108			Tumbes		M	N	N	1. Tamizaje Serológico	P	D	R	22	U218
									2. Actividades de Chagas	P	D	R		U0092
									3.	P	D	R		

Quando es en Gestante, anote:

En el ítem: **Laboratorio,** anote

- En el 1º casillero el número de gestantes tamizados
- En el 2º casillero la sigla G de gestante

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			
08	APP108			Tumbes		M	N	N	1. Tamizaje Serológico	P	D	R	22	U218	
									2. Actividades de Chagas	P	D	R		G	U0092
									3.	P	D	R			

B. ACTIVIDADES PREVENTIVAS 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 y control del daño, recoger información a través de la ficha familiar (que servirá como insumo para identificar a las familias que serán intervenidas según sector determinado), ficha de autodiagnóstico y evaluación de las familias.

En esta actividad se elabora el:

Plan Familiar

Definición Operacional: Acciones orientadas hacia la solución de los problemas de salud priorizados por etapa de vida en las familias y hacia el mejoramiento de la vivienda en las familias.

Se determina el tipo de riesgo y su posterior seguimiento:

- Plan Familiar de Alto Riesgo U721
- Plan Familiar de Mediano Riesgo U722
- Plan Familiar de Bajo Riesgo U723

Elaboración del Plan Familiar (Cuando se realiza la visita por primera vez):

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

- En el 1º casillero el diagnóstico motivo de visita
- En el 2º casillero visita familiar integral
- En el 3º casillero el plan familiar de acuerdo al riesgo

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "R"

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 1, 2... según corresponda.
- En el 3º casillero el número 1 cuando se elabora el plan familiar

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	06252348								2. Visita familiar integral	P	D	R	1	U153
									3. Plan familiar de alto riesgo	P	D	R	1	U721

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		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	D	R		B509
	06252348								2. Visita familiar integral	P	D	R	1	U153
									3. Plan familiar de alto riesgo	P	D	R	1	U721

Quando se hace Seguimiento al Plan Familiar

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 2, 3... según corresponda.
- En el 3º casillero 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	F		
13	1192	1	80	Iquitos	25ª	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	F	2	A440
	06252348						C	C	2. Visita familiar integral	P	D	R		U153
							R	R	3. Plan familiar de alto riesgo	P	D	R		U721

Para el seguimiento el Plan Familiar el valor del ítem 19 Lab para la actividad de "Visita Familiar Integral" inicia desde 2 ya que en la 1ª visita se elaboró el Plan Familiar.

Quando se termina con el plan familiar

En el ítem: **Lab**, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita
- En el 3º casillero TA cuando se termina con todas las actividades consideradas en el plan familiar.

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	F		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	F	4	A440
	06252348						C	C	2. Visita familiar integral	P	D	R		U153
							R	R	3. Plan familiar de alto riesgo	P	D	R		TA

VISITA COMUNITARIA

Definición Operacional: Visita a la comunidad para realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones orientadas a alcanzar una comunidad saludable (según fases de implementación) del programa municipio y comunidad saludables.

En el ítem: **Ficha Familiar o Historia Clínica** anote **APP108** que es código de **comunidad**

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

- En el 1er casillero Visita Comunitaria
- En el 2do casillero Actividades del componente que corresponda
 - Actividades de Dengue U0089
 - Actividades de Peste U0094
 - Actividades de Bartonelosis U0090
 - Actividades de Leptospirosis U0095
 - Actividades de Fiebre Amarilla U0091
 - Actividades de Tifus U0096
 - Actividades de Chagas U0092
 - Actividades de otros Transmisibles U0097
 - Actividades de Leishmaniasis U0093

Estas mismas actividades se utilizaran para el registro de Sesiones Demostrativas, Sesiones Educativas, Talleres

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

En el ítem: **Laboratorio**, anote el número de la visita

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	F		
08	APP108			Tumbes		M	N	N	1. Visita comunitaria	P	D	R	2	U158
							C	C	2. Actividades de Fiebre Amarilla	P	D	R		U0091
							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.

Registre de la siguiente manera:

En el ítem 8: **Ficha Familiar o Historia Clínica** anote el código de la institución o grupo humano donde se realiza la actividad.

Los ítems : Documento de Identidad, 10: Financiador, 11: Pertenencia Étnica, 13: Edad, 14: Sexo, 15: Establecimiento y 16: Servicio, NO SE REGISTRAN, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Estrategia Sanitaria Nacional de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores

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
- En el 2º casillero 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													
08	APP 100			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión demostrativa	P	D	R	15	C0010
									2. Actividades de Dengue	P	D	R		U0089
									3.	P	D	R		

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, 10: Financiador, 11: Pertenencia Étnica, 13: Edad, 14: Sexo, 15: Establecimiento y 16: Servicio, NO SE REGISTRAN, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la sesión
- En el 2º casillero 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													
08	APP93			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión Educativa	P	D	R	12	C0009
									2. Actividades de Leptospirosis	P	D	R		U0094
									3.	P	D	R		

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Control de Colaterales.- Toda persona que comparte el riesgo de transmisión de Malaria con la persona enferma. Dichas personas pueden pertenecer o no a un núcleo familiar

Atención de Enfermería.- Se da al inicio del tratamiento, realiza el censo de los colaterales, identifica áreas de probable infección, brinda educación sanitaria y hace el seguimiento al paciente.

Entrevista Social.- se da al inicio del tratamiento para evaluar el riesgo social, riesgo de interrupción y/o abandono de tratamiento

Seguimiento Parasitoscópico.- todo paciente debe ser evaluado clínicamente y controlado mediante exámenes de laboratorio con la finalidad de detectar falla al tratamiento.

- Malaria VIVAX, se hará el día 14º del tratamiento
- Malaria FALCIPARUM, los días 3º, 7º y 14º luego de iniciado el tratamiento.

Falla Terapéutica al Tratamiento.- A cualquiera de las siguientes condiciones:

1. Persistencia o reaparición de formas asexuadas de parásitos después de iniciado el tratamiento con o sin sintomatología clínica
2. Persistencia o reaparición de formas asexuadas durante el control parasitoscópico del 7º día.
3. Presencia y persistencia de signos clínicos de Malaria y formas grave, luego de tener seguridad de una adecuada y estricta supervisión de la administración (entera y/o parenteral) y tolerancia de los medicamentos del esquema instalado.

Febрил Sospechoso de Malaria.- Se denomina **febril** a toda persona que tiene o a tenido fiebre (temperatura oral y/o axilar mayor a 37.5 °C) en algún momento durante los últimos 15 días y ha estado o reside en áreas donde existe el zancudo Anopheles sp.

Caso Confirmado de Malaria.- Es toda persona con hallazgo de *Plasmodium* (*P. vivax*, *P. falciparum*, *P. Malariae*, o *P. ovale*), en un examen de Gota Gruesa, frotis ó por algún otro método diagnóstico de laboratorio (inmunocromatográfico, PCR).

Caso Probable de Malaria.- Todo febril que presenta cuadro clínico de fiebre, escalofríos, cefalea y malestar general con antecedente de exposición, procedencia ó residencia en áreas endémicas de transmisión de malaria en quien se decide iniciar tratamiento antimalárico, con un examen de gota gruesa y/o otro procedimiento de diagnóstico de malaria con resultados negativos.

Caso Probable y Confirmado de Bartonelosis Aguda

Criterio	Caso probable de Bartonelosis aguda	Caso confirmado de Bartonelosis aguda
Criterio Epidemiológico	Paciente residente o procedente de zonas endémicas o de nuevas áreas de transmisión de Bartonelosis, y/o ser un familiar o persona que vive en el mismo lugar de residencia del caso	Paciente residente o procedente de zonas endémicas o de nuevas áreas de transmisión de Bartonelosis, y/o ser un familiar o persona que vive en el mismo lugar de residencia del caso
Criterio Clínico	Sensación de alza térmica o presencia de uno o más episodios febriles mayor de 37.5 °C dentro de los últimos 14 días, sin la evidencia de un foco infeccioso al examen clínico. Antecede o acompaña malestar general, decaimiento, artralgias, hiporexia. En la evolución presenta anemia e ictericia.	Sensación de alza térmica o presencia de uno o más episodios febriles mayor de 37.5 °C dentro de los últimos 14 días, sin la evidencia de un foco infeccioso al examen clínico. Antecede o acompaña malestar general, decaimiento, artralgias, hiporexia. En la evolución presenta anemia e ictericia.
Criterio de Laboratorio	Ninguno	Confirmación bacteriológica de la <i>Bartonella bacilliformis</i> mediante examen de frotis, hemocultivo, serología o Reacción en Cadena de Polimerasa.



Conducta Terapéutica	<p>1. Tomar muestras de sangre para frotis y gota gruesa, en dos láminas.</p> <p>2. A los pacientes que cumplen los criterios epidemiológico y clínico, se les inicia inmediatamente el tratamiento contra Bartonelosis aguda.</p>	Se les inicia tratamiento inmediato contra Bartonelosis aguda
----------------------	--	---

Caso de Bartonelosis Crónica Verrucosa

Criterio	Caso probable de Bartonelosis aguda	Caso confirmado de Bartonelosis aguda
Criterio Epidemiológico	Paciente residente o procedente de zonas endémicas o de nuevas áreas de transmisión de Bartonelosis, con o sin antecedente de forma aguda de Bartonelosis.	Paciente residente o procedente de zonas endémicas o de nuevas áreas de transmisión de Bartonelosis, con o sin antecedente de forma aguda de Bartonelosis.
Criterio Clínico	Presencia de lesiones papulo - verrucosas en la piel, rojizas, fácilmente sangrantes; y/o nódulos subdérmicos, poco consistentes y móviles. Pueden ser únicas o múltiples, de tamaño puntiforme hasta mas de 40 mm de diámetro. Pueden presentarse en mucosas. No son dolorosas.	Presencia de lesiones papulo - verrucosas en la piel, rojizas, fácilmente sangrantes; y/o nódulos subdérmicos, poco consistentes y móviles. Pueden ser únicas o múltiples, de tamaño puntiforme hasta mas de 40 mm de diámetro. Pueden presentarse en mucosas. No son dolorosas.
Criterio de Laboratorio	Ninguno	Confirmación bacteriológica de la <i>Bartonella bacilliformis</i> mediante examen de frotis, hemocultivo, serología, Reacción en Cadena de Polimerasa, o Histopatología
Conducta Terapéutica	A los pacientes que cumplen los criterios clínico y epidemiológico, se les inicia tratamiento contra Bartonelosis Crónica Eruptiva	A los pacientes que cumplen los criterios clínico y epidemiológico, se les inicia tratamiento contra Bartonelosis Crónica Eruptiva.