EL CÁNCER NO AVISA

CHEQUÉATE A TIEMPO

MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

Sistema de Información HIS MINSA

Gobierno del Perú

PERÚ Ministerio de Salud

MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

Sistema de Información HIS MINSA

Lima – Perú
2025

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Manual de registro y codificación de las actividades en prevención y control del cáncer. Sistema de información HIS MINSA / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección Ejecutiva de Prevención y Control de Cáncer - Lima: Ministerio de Salud; 2025.
70 p. ilus.

NEOPLASIAS / PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES / DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER / TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS / SISTEMAS DE INFORMACIÓN / SISTEMA DE REGISTRO / CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / CODIFICACIÓN CLÍNICA / SISTEMAS DE REGISTROS MÉDICOS COMPUTARIZADOS

Hecho el depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2025-15372

Manual de Registro y Codificación de la de las Actividades en Prevención y Control del Cáncer. Sistema de información HIS MINSA

Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Publica. Dirección Ejecutiva de Prevención y Control del Cáncer. Oficina General de Tecnologías de la Información. Oficina de Gestión de la Información (MINSA/DGIESP/DPCAN - OGTI/OGEI)

Equipo de Trabajo DGIESP/DPCAN:
Dra. Mercedes Helga Egües Tapia, Equipo Técnico, DGIESP/ DPCAN
Lic. Enf. Marlene Esther Goyburu Molina, Equipo Técnico, DGIESP/ DPCAN
Obsta. Andrea Matos Orbegozo, Equipo Técnico, DGIESP/ DPCAN
Obsta. Jessy Lu Chang Chang, Equipo Técnico, DGIESP/ DPCAN
Dra. Keila Wendy Shajean Torres, Equipo Técnico, DGIESP/ DPCAN
Ing. María de Fatima Villar Peña, Equipo Técnico, DGIESP/ DPCAN

Equipo de Trabajo OGTI / OGEI:
Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina Gestión de la Información
Adhemir Reynel Bellido Delgado, Equipo Técnico de la Oficina Gestión de la Información
Sergio Gustavo Gómez Velarde, Equipo Técnico de la Oficina Gestión de la Información

Apoyo Administrativo:
Adm. Lucía Del Carmen Barrios Huaytán
Adm. Danya Roman Vargas

Diseño y Diagramación
Julie Guillen Ramos, Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información.

©MINSA, diciembre 2025

Ministerio de Salud
Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú
Telf.: (51-1) 315-6600
www.gob.pe minsa
webmaster@minsa.gob.pe

1ra, edición, mayo 2022
2da edición, diciembre 2025

Versión digital disponible: http://bvs.minsa.gob.pé/local/MINSA/7974.pdf

PERÚ Ministerio de Salud

LUIS NAPOLEÓN QUIROZ AVILÉS
Ministro de Salud

LEONARDO RONYALD ROJAS MEZARINA
Viceministro de Salud Pública

SHIRLEY MONZÓN VILLEGAS
Viceministra de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

MOISÉS IVÁN GUILLÉN CÁRDENAS
Secretario General

JOSÉ ENRIQUE PÉREZ LU
Director General de la Oficina General de
Tecnologías de la Información

VALENTINA ANTONIETA ALARCÓN GUIZADO
Directora General de la Dirección General de
Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

ESSY MILAGROS MARADIEGUE CHIRINOS
Directora Ejecutiva de la Dirección de
Prevención y Control de Cáncer

PRESENTACIÓN

La Dirección de Prevención y Control del Cáncer (DPCAN), que forma parte de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), es la entidad encargada de normar los procedimientos para el control del cáncer en el Perú, tal como se establece en el Decreto Supremo N° 008-2017-SA. Su función principal es asegurar la detección temprana del cáncer, así como garantizar el acceso gratuito, eficiente y equitativo al tratamiento y recuperación de los pacientes. Asimismo, se ocupa del seguimiento y evaluación de las políticas y programas bajo su responsabilidad.

Los lineamientos de la DPCAN buscan proporcionar un cuidado integral a la población mediante intervenciones de prevención, control y recuperación del cáncer, siempre con un enfoque basado en los derechos humanos, la equidad de género y la interculturalidad.

En este marco, el registro preciso de las actividades de prevención y control es crucial para el sistema de información. Este registro permite consolidar datos, generar informes, realizar análisis rigurosos y fundamentar la toma de decisiones estratégicas frente a los desafíos sanitarios del país.

Por ello, se presenta una actualización del Manual de Registro y Codificación de las Actividades de Prevención y Control del Cáncer. El objetivo de este manual es estandarizar los criterios para la recopilación y codificación de diagnósticos, utilizando la clasificación CIE-10 y el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios (CPMS) del Ministerio de Salud.

Tabla de Contenidos

1. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER 18

2. CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER 19

2.1. Consultorio Externo (Presencial) 19

2.2. Telemedicina 19

3. CONSEJERÍA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS Y CON TRATAMIENTO DE CÁNCER 20

3.1. Consultorio Externo (Presencial) 20

3.2. Telemedicina 21

4. TAMIZAJE EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO 21

4.1. Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Citología / Papanicolaou (PAP) 22

4.2. Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) 24

4.3. Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Detección Molecular del VPH (DM_VPH) ... 25

5. TAMIZAJE EN CÁNCER DE MAMA 27

5.1. Tamizaje en Cáncer de Mama con Examen Clínico de Mama (ECM) 27

5.2. Tamizaje en Cáncer de Mama con Mamografía Bilateral de Tamizaje 29

5.3. Evaluación del alto riesgo de desarrollar cáncer de mama 38

5.4. Evaluación del alto riesgo de desarrollar cáncer de mama referido a un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutiva 38

6. TAMIZAJE EN CÁNCER DE COLON-RECTO 39

6.1. Indicación del Test Inmunoquímico Fecal 39

6.2. Entrega de Resultado del Test Inmunoquímico Fecal: 40

6.3. Evaluación del riesgo de desarrollar cáncer de colorrectal 43

6.4. Evaluación del riesgo de desarrollar cáncer colorrectal referido a un Establecimiento de Salud con capacidad resolutiva para la atención por gastroenterología 43

7. TAMIZAJE EN CÁNCER DE PROSTATA 44

7.1. Indicación del Examen de Antígeno Prostático Especifico 44

7.2. Entrega de Resultado del Examen de Antígeno Prostático 45

8. TAMIZAJE EN CÁNCER DE PIEL 47

8.1. Examen Clínico de Piel 47

9. MANEJO DE LESIONES PRE MALIGNAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO 50

9.1. Mujer Examinada con Triaje Visual para el Tratamiento 50

9.2. Mujer Examinada con Colposcopia 51

9.3. Atención de la Paciente con Lesiones Pre Malignas de Cuello Uterino con Ablación ... 52

9.4. Atención de Pacientes con Lesiones Pre Malignas de Cuello Uterino con Tratamiento Escisional ... 53

10.PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER ... 53

10.1. Mujer Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Cuello Uterino ... 54

10.2. Mujer Atendida con Procedimiento de Biopsia de Mama ... 54

10.3. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Próstata ... 55

10.4. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Colón-Recto ... 55

10.5. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Estómago ... 56

10.6. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Piel ... 56

10.7. Persona atendida con Procedimiento de Biopsia de Pulmón ... 57

10.8. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Hígado ... 57

10.9. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Ganglio ... 58

10.10. Persona Atendida con Procedimiento de Aspirado de Médula Ósea ... 59

10.11. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia Médula Ósea ... 59

10.12. Atendidos con procedimiento de Citometría de Flujo / Extendido de sangre periférica ... 60

10.13. Entrega de Resultado para el Diagnóstico y Estadiaje de Cáncer ... 60

11.TRATAMIENTO DE CÁNCER ... 63

11.1. Registro de Supervisión de Quimioterapia por el Médico Especialista: ... 63

11.2. Registro de Administración de Quimioterapia por Personal de Enfermería ... 64

11.3. Registro de Tratamiento con Radioterapia ... 64

11.4. Registro de Procedimientos quirúrgicos ... 65

12.ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS ... 66

12.1. Atención en Cuidado Paliativo ... 66

12.2. Atención de Cuidados Paliativos a través de Brigadas de atención domiciliaria (Oferta móvil) ... 67

12.3. Atención de Cuidados Paliativos a través de la Oferta de Telesalud ... 68

13.DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER INFANTIL ... 69

I. GENERALIDADES

Actividades, Procedimiento y Diagnóstico más frecuentes en Prevención y Control del Cáncer.

Consejería Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer	
Código	**Diagnostico/Actividad**
99402.08	CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER
Consejería PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS Y CON TRATAMIENTO DE CÁNCER	
Código	**Diagnostico/Actividad**
99401.19	CONSEJERÍA PARA EL AUTOCUIDADO

Telemedicina	
Código	**Diagnostico/Actividad**
99499.01	TELECONSULTA EN LINEA
99499.03	TELECONSULTA FUERA DE LINEA
99499.08	TELEORIENTACIÓN SÍNCRONA
99499.09	TELEORIENTACIÓN ASÍNCRONA
99499.10	TELEMONITOREO
99499.11	TELEINTERCONSULTA SINCRONA
99499.12	TELEINTERCONSULTA ASINCRONA

Tamizaje de canceres Prevalentes	
Código	**Diagnostico/Actividad**
Cáncer de Cuello Uterino	
88141	CITOPATOLOGÍA CERVICAL O VAGINAL Y TAMIZAJE MANUAL (PAPANICOLAU)
R876	HALLAZGOS ANORMALES EN MUESTRAS TOMADAS DE ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS HALLAZGOS CITOLO
N870	DISPLASIA CERVICAL LEVE / NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO 1 (NIC1)
N871	DISPLASIA CERVICAL MODERADA / NEOPLASA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO 2 (NIC2)
N872	DISPLASIA CERVICAL SEVERA/NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO 3 (NIC 3)
D069	CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO DEL ÚTERO PARTE NO ESPECIFICADA / NEOPLASIA INTRAEPITELIAL
C539	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL ÚTERO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN
88141.01	INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO
87621	DETECCIÓN MOLECULAR VIRUS PAPILOMA HUMANO - DM VPH
Cáncer de Mama	
99386.03	EXAMEN CLÍNICO DE MAMA
N63X	MASA NO ESPECIFICADA EN LA MAMA
77057	MAMOGRAFÍA BILATERAL DE TAMIZAJE
99199.20	ENTREGA DE RESULTADO DE MAMOGRAFIA
99499.07	TELEMAMOGRAFÍA
99214.08	EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR CÁNCER
Cáncer de Colon y Recto	
82274	SANGRE OCULTA, POR DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA FECAL MEDIANTE INMUNOENSAYO, CUALITATIVA, HECES, 1-3 DETERMINACIONES SIMULTANEAS
99214.08	EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR CÁNCER

Cáncer de Próstata	
84152	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO (PSA)
Cáncer de Piel	
Z128	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMORES DE OTROS SITIOS
Manejo de Lesiones Pre Malignas de Cáncer de Cuello Uterino	
Código	**Diagnostico/Actividad**
57452	COLPOSCOPÍA DE CÉRVIX INCLUYENDO LA PARTE SUPERIOR O ADYACENTE DE LA VAGINA
57500	BIOPSIA UNA SOLA O VARIAS Ó ESCICIÓN LOCAL DE LESIÓN CON O SIN FULGURACIÓN (PROCEDIMIENTO SEPARADO)
58100	TOMA DE MUESTRA ENDOMETRIAL (BIOPSIA) CON O SIN TOMA DE MUESTRA ENDOCERVICAL (BIOPSIA) SIN DILATACIÓN CERVICAL CUALQUIER MÉTODO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)
57510	CAUTERIZACIÓN ELÉCTRICA O TÉRMICA DEL CÉRVIX
57511	CAUTERIZACIÓN DE CÉRVIX CON CRIOCAUTERIO INICIAL O REPETIDO
57522	CONIZACIÓN DEL CÉRVIX CON O SIN FULGURACIÓN CON O SIN DILATACIÓN Y LEGRADO CON O SIN CORRECCIÓN USANDO ASA DIATÉRMICA (LEEP)
57520	CONIZACIÓN DEL CÉRVIX CON O SIN FULGURACIÓN CON O SIN DILATACIÓN Y LEGRADO CON O SIN CORRECCIÓN USANDO BISTURÍ FRÍO O LÁSER
R876	HALLAZGOS ANORMALES EN MUESTRAS TOMADAS DE ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS HALLAZGOS CITOLO
N870	DISPLASIA CERVICAL LEVE / NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO 1 (NIC1)
N871	DISPLASIA CERVICAL MODERADA / NEOPLASA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO 2 (NIC2)
N872	DISPLASIA CERVICAL SEVERA/NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO 3 (NIC 3)
D069	CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO DEL ÚTERO PARTE NO ESPECIFICADA / NEOPLASIA INTRAEPITELIAL
C539	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL ÚTERO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10	
Código	**Diagnostico/Actividad**
Cáncer de Cuello Uterino	
C530	TUMOR MALIGNO DEL ENDOCERVIX (ADENOCARCINOMA)
C531	TUMOR MALIGNO DEL EXOCÉRVIX (CARCINOMA EPIDERMOIDE)
C538	LESIÓN DE SITIOS CONTIGUOS DEL CUELLO DEL ÚTERO
C539	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL ÚTERO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN
R876	HALLAZGOS ANORMALES EN MUESTRAS TOMADAS DE ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS HALLAZGOS CITOLO
N870	DISPLASIA CERVICAL LEVE / NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO 1 (NIC1)
N871	DISPLASIA CERVICAL MODERADA / NEOPLASA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO 2 (NIC2)
N872	DISPLASIA CERVICAL SEVERA/NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO 3 (NIC 3)
D069	CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO DEL ÚTERO PARTE NO ESPECIFICADA / NEOPLASIA INTRAEPITELIAL
Cáncer de Mama	
C500	TUMOR MALIGNO DEL PEZÓN Y AREOLA MAMARIA
C501	TUMOR MALIGNO DE LA PORCIÓN CENTRAL DE LA MAMA
C502	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR INTERNO DE LA MAMA
C503	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE INFERIOR INTERNO DE LA MAMA
C504	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE LA MAMA
C505	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE INFERIOR EXTERNO DE LA MAMA
C506	TUMOR MALIGNO DE LA PROLONGACIÓN AXILAR DE LA MAMA
C508	LESIÓN DE SITIOS CONTIGUOS DE LA MAMA
C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA PARTE NO ESPECIFICADA
Cáncer de Colon y Recto	
C19X	TUMOR MALIGNO DE LA UNIÓN RECTOSIGMOIDEA
C20X	TUMOR MALIGNO DEL RECTO
C180	TUMOR MALIGNO DEL CIEGO
C181	TUMOR MALIGNO DEL APÉNDICE
C182	TUMOR MALIGNO DEL COLON ASCENDENTE
C183	TUMOR MALIGNO DEL ANGULO HEPÁTICO
C184	TUMOR MALIGNO DEL COLON TRANSVERSO
C185	TUMOR MALIGNO DEL ANGULO ESPLENICO

C186	TUMOR MALIGNO DEL COLON DESCENDENTE
C187	TUMOR MALIGNO DEL COLON SIGMOIDE
C188	LESIÓN DE SITIOS CONTIGUOS DEL COLON
C189	TUMOR MALIGNO DEL COLON PARTE NO ESPECIFICADA
Cáncer de Próstata	
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA
Cáncer de Piel	
C430	MELANOMA MALIGNO DEL LABIO
C431	MELANOMA MALIGNO DEL PARPADO INCLUIDA LA COMISURA PALPEBRAL
C432	MELANOMA MALIGNO DE LA OREJA Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
C433	MELANOMA MALIGNO DE LAS OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA
C434	MELANOMA MALIGNO DEL CUERO CABELLUDO Y DEL CUELLO
C435	MELANOMA MALIGNO DEL TRONCO
C436	MELANOMA MALIGNO DEL MIEMBRO SUPERIOR INCLUIDO EL HOMBRO
C437	MELANOMA MALIGNO DEL MIEMBRO INFERIOR INCLUIDA LA CADERA
C438	MELANOMA MALIGNO DE SITIOS CONTIGUOS DE LA PIEL
C439	MELANOMA MALIGNO DE PIEL SITIO NO ESPECIFICADO
C440	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL LABIO
C441	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL PARPADO INCLUIDA LA COMISURA PALPEBRAL
C442	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE LA OREJA Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
C443	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA
C444	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL CUERO CABELLUDO Y DEL CUELLO
C445	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL TRONCO
C446	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL MIEMBRO SUPERIOR INCLUIDO EL HOMBRO
C447	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL MIEMBRO INFERIOR INCLUIDA LA CADERA
C448	LESIÓN DE SITIOS CONTIGUOS DE LA PIEL
C449	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL SITIO NO ESPECIFICADO
Cáncer de Estomago	
C160	TUMOR MALIGNO DEL CARDIAS
C161	TUMOR MALIGNO DEL FUNDUS GÁSTRICO
C162	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL ESTOMAGO
C163	TUMOR MALIGNO DEL ANTRO PILÓRICO
C164	TUMOR MALIGNO DEL PÍLORO
C165	TUMOR MALIGNO DE LA CURVATURA MENOR DEL ESTOMAGO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN
C166	TUMOR MALIGNO DE LA CURVATURA MAYOR DEL ESTOMAGO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN
C168	LESIÓN DE SITIOS CONTIGUOS DEL ESTOMAGO
C169	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO PARTE NO ESPECIFICADA
Cáncer de Pulmón	
C340	TUMOR MALIGNO DEL BRONQUIO PRINCIPAL
C341	TUMOR MALIGNO DEL LÓBULO SUPERIOR BRONQUIO O PULMÓN
C342	TUMOR MALIGNO DEL LÓBULO MEDIO BRONQUIO O PULMÓN
C343	TUMOR MALIGNO DEL LÓBULO INFERIOR BRONQUIO O PULMÓN
C348	LESIÓN DE SITIOS CONTIGUOS DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMÓN
C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMÓN PARTE NO ESPECIFICADA
Cáncer de Hígado	
C220	CARCINOMA DE CÉLULAS HEPÁTICAS
C221	CARCINOMA DE VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS
C222	HEPATOBLASTOMA
C223	ANGIOSARCOMA DEL HÍGADO
C224	OTROS SARCOMAS DEL HÍGADO
C227	OTROS CARCINOMAS ESPECIFICADOS DEL HÍGADO
C229	TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO NO ESPECIFICADO
Leucemia	
C901	LEUCEMIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS
C910	LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA [ALL O LLA]
C911	LEUCEMIA LINFOCITICA CRÓNICA DE CÉLULAS B

C913	LEUCEMIA PROLINFOCITICA DE CÉLULAS B
C914	LEUCEMIA DE CÉLULAS VELLOSAS
C915	LEUCEMIA/LINFOMA DE CÉLULAS T ADULTAS (ASOCIADA A HTLV-1)
C916	LEUCEMIA POLIMORFOCÍTICA DE CÉLULAS T
C917	OTRAS LEUCEMIAS LINFOIDES
C918	LEUCEMIA DE CÉLULAS B MADURAS TIPO BURKITT
C919	LEUCEMIA LINFOIDE SIN OTRA ESPECIFICACIÓN
C920	LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA [ANL O LMA]
C921	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA [LMC] BCR/ABL-POSITIVA
C922	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA ATIPICA BCR/ABL-NEGATIVA
C923	SARCOMA MIELOIDE
C924	LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA [PML O LPM]
C925	LEUCEMIA MIELOMONOCITICA AGUDA
C926	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CON ANORMALIDAD 11Q23
C927	OTRAS LEUCEMIAS MIELOIDES
C928	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CON DISPLASIA MULTILINAJE
C929	LEUCEMIA MIELOIDE SIN OTRA ESPECIFICACIÓN
C930	LEUCEMIA MONOBLÁSTICA/MONOCITICA AGUDA
C931	LEUCEMIA MIOLOMONOCITICA CRÓNICA
C933	LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA JUVENIL
C937	OTRAS LEUCEMIAS MONOCITICAS
C939	LEUCEMIA MONOCITICA SIN OTRA especificación
C940	LEUCEMIA ERITROIDE AGUDA
C942	LEUCEMIA MEGACARIOBLASTICA AGUDA
C943	LEUCEMIA DE MASTOCITOS
C944	PANMIELOSIS AGUDA CON MIELOFIBROSIS
C946	ENFERMEDAD MIELODISPLÁSICA Y MIELOPROLIFERATIVA NO CLASIFICADA
C947	OTRAS LEUCEMIAS ESPECIFICADAS
C950	LEUCEMIA AGUDA CÉLULAS DE TIPO NO ESPECIFICADO
C951	LEUCEMIA CRÓNICA CÉLULAS DE TIPO NO ESPECIFICADO
C957	OTRAS LEUCEMIAS DE CÉLULAS DE TIPO NO ESPECIFICADO
C959	LEUCEMIA NO ESPECIFICADA
Linfoma	
C810	LINFOMA NODULAR DE HODGKIN CON PREDOMINIO DE LINFOCITOS
C811	LINFOMA DE HODGKIN CLÁSICO CON ESCLEROSIS NODULAR
C812	LINFOMA DE HODGKIN CLÁSICO CON CELULARIDAD MIXTA
C813	LINFOMA DE HODGKIN CLÁSICO CON DEPLECIÓN LINFOCITICA
C814	LINFOMA DE HODGKIN CLÁSICO RICO EN LINFOCITOS
C817	OTROS TIPOS DE LINFOMA CLÁSICO DE HODGKIN
C819	LINFOMA DE HODGKIN NO ESPECIFICADA
C820	LINFOMA FOLICULAR GRADO I
C821	LINFOMA FOLICULAR GRADO II
C822	LINFOMA FOLICULAR GRADO III NO ESPECIFICADO
C823	LINFOMA FOLICULAR GRADO IIIA
C824	LINFOMA FOLICULAR GRADO IIIB
C825	LINFOMA CENTRO FOLICULAR DIFUSO
C826	LINFOMA CENTRO FOLICULAR CUTÁNEO
C827	OTROS TIPOS ESPECIFICADOS DE LINFOMA FOLICULAR
C829	LINFOMA FOLICULAR SIN OTRA especificación
C830	LINFOMA DE CÉLULAS B CÉLULAS PEQUEÑAS
C831	LINFOMA DE LA ZONA DEL MANTO
C833	LINFOMA DE CÉLULAS B GRANDES
C835	LINFOMA LINFOBLÁSTICO (DIFUSO)
C837	LINFOMA DE BURKITT
C838	OTROS LINFOMAS NO FOLICULARES
C839	LINFOMA NO FOLICULAR (DIFUSO) SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

C840	MICOSIS FUNGOIDE
C841	ENFERMEDAD DE SEZARY
C844	LINFOMA DE CÉLULAS T PERIFERICO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE
C845	OTROS LINFOMAS DE CÉLULAS T / NK MADURAS
C846	LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES ALK POSITIVO
C847	LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES ALK NEGATIVO
C848	LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS T NO ESPECIFICADO
C849	LINFOMA DE CÉLULAS T/NK MADURAS NO ESPECIFICADO
C851	LINFOMA DE CÉLULAS B SIN OTRA ESPECIFICACION
C852	LINFOMA DE CÉLULAS B GRANDES MEDIASTINAL (TIMO)
C857	OTROS TIPOS ESPECIFICADOS DE LINFOMA NO HODGKIN
C859	LINFOMA NO HODGKIN NO ESPECIFICADO
C963	LINFOMA HISTOCITICO VERDADERO.

Procedimiento para el diagnóstico de Cáncer	
Código	**Diagnostico/Actividad**
Cáncer de Cuello Uterino	
57500	BIOPSIA, UNA SOLA O VARIAS, O ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN, CON O SIN FULGURACIÓN (PROCEDIMIENTO SEPARADO)
58100	TOMA DE MUESTRA ENDOMETRIAL (BIOPSIA) CON O SIN TOMA DE MUESTRA ENDOCERVICAL (BIOPSIA), SIN DILATACIÓN CERVICAL, CUALQUIER MÉTODO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)
Cáncer de Mama	
19100	BIOPSIA PERCUTÁNEA DE MAMA; AGUJA TROCAR (PROCEDIMIENTO SEPARADO) SIN GUÍA DE IMÁGENES
19101	BIOPSIA DE MAMA A CIELO ABIERTO
19102	BIOPSIA PERCUTÁNEA DE MAMA CON IMÁGENES
38500	BIOPSIA O ESCISIÓN ABIERTA DE GANGLIO(S) LINFÁTICO(S) SUPERFICIAL(ES)
38505	BIOPSIA O ESCISIÓN DE GANGLIO(S) LINFÁTICO(S); MEDIANTE AGUJA, SUPERFICIAL (P. EJ. CERVICAL, INGUINAL, AXILAR)
Cáncer de Próstata	
55700	BIOPSIA DE PRÓSTATA; CON AGUJA O EN SACABOCADO; UNA SOLA O VARIAS, CUALQUIER ABORDAJE
55705	BIOPSIA DE PRÓSTATA; INCISIONAL, CUALQUIER APROXIMACIÓN
55706	BIOPSIAS DE PRÓSTATA, POR AGUJA, MUESTREO TRANSPERINEAL DE SATURACIÓN GUIADO POR PLANTILLA ESTEREOTÁCTICA, INCLUYENDO LA GUÍA DE IMÁGENES
Cáncer de Colon y Recto	
44388	COLONOSCOPIA A TRAVÉS DEL ESTOMA; DIAGNOSTICA, CON O SIN RECOLECCIÓN DE ESPECÍMENES MEDIANTE CEPILLADO O LAVADO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)
44389	COLONOSCOPIA A TRAVÉS DEL ESTOMA; CON BIOPSIA SIMPLE O MULTIPLE
45359	VIDEO COLONOSCOPIA IZQUIERDA
45358	VIDEO COLONOSCOPIA DERECHA
Cáncer de Estómago	
43234	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA SIMPLE, EXAMEN PRIMARIO
43600	BIOPSIA DE ESTOMAGO POR TUBO O CAPSULA A TRAVÉS DE LA BOCA (UNO O MAS ESPECÍMENES)
Cáncer de Piel	
11100	BIOPSIA DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y/O MUCOSA (INCLUYE CIERRE SIMPLE), A MENOS QUE SE REGISTRE EN OTRO LUGAR; LESIÓN UNICA
11101	BIOPSIA DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y/O MUCOSA (INCLUYE CIERRE SIMPLE), A MENOS QUE SE REGISTRE EN OTRO LUGAR; CADA LESIÓN ADICIONAL O SEPARADA (REGISTRAR POR SEPARADO ADEMÁS DEL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)
Cáncer de Pulmón	
32405	BIOPSIA, PULMÓN O MEDIASTINO, AGUJA PERCUTÁNEA
32400	BIOPSIA, PLEURA; AGUJA PERCUTÁNEA
Cáncer de Hígado	
47000	BIOPSIA HEPÁTICA CON AGUJA; PERCUTÁNEA
47001	BIOPSIA HEPÁTICA, AGUJA; CUANDO SE HACE PARA UN PROPÓSITO INDICADO EN EL MOMENTO DE OTRO PROCEDIMIENTO MAYOR (REGISTRAR POR SEPARADO ADICIONALMENTE AL CÓDIGO PRIMARIO)
47100	BIOPSIA HEPÁTICA, EN CUNA
Linfoma	
38500	BIOPSIA O ESCISIÓN ABIERTA DE GANGLIO(S) LINFÁTICO(S) SUPERFICIAL(ES)
88206	CITOMETRÍA PARA LINFOMA
38510	BIOPSIA O ESCISIÓN ABIERTA DE GANGLIOS LINFÁTICOS CERVICALES PROFUNDOS

Leucemia	
85095	MIELOGRAMA
85097	INTERPRETACIÓN DEL EXTENDIDO DE MEDULA OSEA
85102	BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA
38220	ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA
38221	BIOPSIA DE MEDULA OSEA CON AGUJA O TROCAR
88204	CITOMETRÍA PARA LEUCEMIA
88204.01	CITOMETRÍA DE FLUJO PARA DIAGNOSTICO DE LEUCEMIA AGUDA (DEBUT)
88182.01	CITOMETRÍA - ÍNDICE ADN
88185.02	CITOMETRÍA DE FLUJO PARA LÍQUIDOS CORPORALES
88185.03	CITOMETRÍA DE FLUJO PARA RECUENTO DE LEUCOCITOS RESIDUALES EN HEMOCOMPONENTES
88205.04	CITOMETRÍA DE FLUJO DE SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS Y TCR
85060	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA

Tratamiento Quirúrgico	
Código	**Diagnostico/Actividad**
99024	VISITA DE SEGUIMIENTO POSQUIRÚRGICO
Cáncer de Cuello Uterino	
57310	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL
57320	CIERRE DE FISTULA VESICOVAGINAL, ABORDAJE VAGINAL
57330	CIERRE DE FISTULA VESICOVAGINAL, ABORDAJE VAGINAL Y TRANSVESICAL
38770	LINFADENECTOMIA PÉLVICA, INCLUYENDO GANGLIOS ILIACOS EXTERNOS, HIPOGÁSTRICOS Y OBTURADORES (PROCEDIMIENTO SEPARADO)
58210	HISTERECTOMÍA ABDOMINAL RADICAL, CON LINFADENECTOMIA PÉLVICA TOTAL BILATERAL Y MUESTREO DE GANGLIOS PARAAORTICOS (BIOPSIA), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE TROMPA(S), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE OVARIO(S)
58240	EXENTERACION PÉLVICA POR MALIGNIDAD GINECOLÓGICA, CON HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL O CERVICECTOMIA, CON O SIN EXTIRPACION DE TROMPA(S), CON O SIN EXTIRPACION DE OVARIO(S), CON EXTIRPACION DE VEJIGA Y TRANSPLANTE DE URETER, Y/O RESECCION ABDOMINO PERITONEAL DE RECTO Y COLON, Y COLOSTOMIA, O CUALQUIER COMBINACION DE ESTOS
57531	TRAQUELECTOMIA RADICAL, CON LINFADENECTOMIA PÉLVICA TOTAL BILATERAL Y MUESTREO GANGLIONAR LINFATICO PARAAORTICO (BIOPSIA), CON O SIN REMOCION DE TROMPA(S), CON O SI REMOCION DE OVARIO(S)
56308	HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA
58150.01	HISTERECTOMIA TOTAL (CUERPO Y CUELLO), CON EXTIRPACION DE TROMPA(S), CON EXTIRPACION DE OVARIO(S)
58152	HISTERECTOMIA TOTAL O SUBTOTAL (CUERPO Y CUELLO), CON O SIN EXTIRPACION DE TROMPA(S), CON O SIN EXTIRPACION DE OVARIO(S); CON COLPOURETROCISTOPEXIA (P. EJ. MARSHALL-MARCHENTTI-KRANTZ, BURCH)
58260	HISTERECTOMIA VAGINAL DE ÚTERO DE 250 GRAMOS O MENOR
58262	HISTERECTOMIA VAGINAL DE ÚTERO DE 250 GRAMOS O MENOR CON EXTIRPACION DE TROMPA(S) Y/U OVARIO(S)
58263	HISTERECTOMIA VAGINAL DE ÚTERO DE 250 GRAMOS O MENOR CON EXTIRPACION DE TROMPA(S) Y/U OVARIO(S) Y REPARACIÓN DE ENTEROCELE
58267	HISTERECTOMIA VAGINAL DE ÚTERO DE 250 GRAMOS O MENOR CON COLPOURETROCISTOPEXIA (TIPO MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ, TIPO PEREYRA), CON O SIN CONTROL ENDOSCÓPICO
58270	HISTERECTOMIA VAGINAL DE ÚTERO DE 250 GRAMOS O MENOR CON REPARACIÓN DE ENTEROCELE
58275	HISTERECTOMIA VAGINAL, CON COLECTOMÍA TOTAL O PARCIAL
58280	HISTERECTOMIA VAGINAL, CON COLECTOMÍA TOTAL O PARCIAL Y REPARACIÓN DE ENTEROCELE
57520	CONIZACIÓN DEL CÉRVIX, CON O SIN FULGURACIÓN, CON O SIN DILATACIÓN Y LEGRADO, CON O SIN CORRECCIÓN; USANDO BISTURÍ FRIO O LASER
38720	LINFADENECTOMIA CERVICAL COMPLETA
38571	LINFADENECTOMIA PÉLVICA BILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA
57510	CAUTERIZACIÓN ELÉCTRICA O TÉRMICA DEL CÉRVIX
57291	CONSTRUCCIÓN DE UNA VAGINA ARTIFICIAL; SIN INJERTO

57522	CONIZACIÓN DEL CÉRVIX, CON O SIN FULGURACIÓN, CON O SIN DILATACIÓN Y LEGRADO, CON O SIN CORRECCIÓN; USANDO ASA DIATÉRMICA (LEEP)
Cáncer de Mama	
19305	MASTECTOMÍA, RADICAL, INCLUYENDO MÚSCULOS PECTORALES Y GANGLIOS LINFÁTICOS AXILARES
19306	MASTECTOMÍA, RADICAL INCLUYENDO MÚSCULOS PECTORALES, GANGLIOS LINFÁTICOS AXILARES Y MAMARIOS INTERNOS (OPERACIÓN TIPO URBAN)
19307	MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA, INCLUYENDO GANGLIOS LINFÁTICOS AXILARES, CON O SIN EL MUSCULO PECTORAL MENOR, PERO EXCLUYENDO EL MUSCULO PECTORAL MAYOR
19357	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA, INMEDIATA O RETRASADA, CON EXPANSOR TISULAR, INCLUYENDO EXPANSIÓN SUBSIGUIENTE
19361	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO DEL MUSCULO DORSAL ANCHO, SIN IMPLANTE DE PRÓTESIS
19304	MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA
19301	MASTECTOMÍA PARCIAL (P. EJ. LUMPECTOMIA, CUADRANTECTOMÍA, SEGMENTECTOMÍA)
19364	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO LIBRE
19366	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON OTRA TÉCNICA
19367	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO MIOCUTANEO SIMPLE DE MUSCULO TRANSVERSO DEL RECTO DEL ABDOMEN, INCLUYENDO CIERRE DE ZONA DONANTE
Cáncer de Próstata	
55720	PROSTATECTOMÍA, DRENAJE EXTERNO DE ABSCESO PROSTÁTICO, POR CUALQUIER APROXIMACIÓN; SIMPLE
55725	PROSTATECTOMÍA, DRENAJE EXTERNO DE ABSCESO PROSTÁTICO, POR CUALQUIER APROXIMACIÓN; COMPLICADO
55845	PROSTATECTOMÍA RETROPÚBICA, RADICAL, CON LINFADENECTOMIA PÉLVICA BILATERAL INCLUYENDO GANGLIOS ILIACOS EXTERNOS, HIPOGÁSTRICOS Y OBTURADORES
55860	EXPOSICIÓN DE PRÓSTATA PARA INSERCIÓN DE SUSTANCIA RADIOACTIVA, CUALQUIER ABORDAJE
55862	EXPOSICIÓN DE PRÓSTATA PARA INSERCIÓN DE SUSTANCIA RADIOACTIVA, CUALQUIER ABORDAJE, CON BIOPSIA(S) DE GANGLIOS LINFÁTICOS (LINFADENECTOMIA PÉLVICA LIMITADA)
55865	EXPOSICIÓN DE PRÓSTATA PARA INSERCIÓN DE SUSTANCIA RADIOACTIVA, CON LINFADENECTOMIA PÉLVICA BILATERAL INCLUYENDO GANGLIOS ILIACOS EXTERNOS, HIPOGÁSTRICOS Y OBTURADORES, CUALQUIER ABORDAJE
55842	PROSTATECTOMÍA RETROPÚBICA, RADICAL, CON O SIN CONSERVACIÓN DE NERVIO, CON BIOPSIA(S) DE NÓDULOS LINFÁTICOS (LINFADENECTOMIA PÉLVICA LIMITADA)
55866	LAPAROSCOPIA, PROSTATECTOMÍA RETROPÚBICA RADICAL, INCLUYE LA PRESERVACIÓN DEL NERVIO, INCLUYE LA ASISTENCIA ROBÓTICA, CUANDO SE REALICE
55810	PROSTATECTOMÍA, PERINEAL RADICAL
55812	PROSTATECTOMÍA, PERINEAL RADICAL, CON BIOPSIA(S) DE NÓDULOS LINFÁTICOS (LINFADENECTOMIA PÉLVICA LIMITADA)
55815	PROSTATECTOMÍA, PERINEAL RADICAL, CON LINFADENECTOMIA PÉLVICA BILATERAL INCLUYENDO GANGLIOS ILIACOS EXTERNOS, HIPOGÁSTRICOS Y OBTURADORES
55840	PROSTATECTOMÍA RETROPÚBICA, RADICAL, CON O SIN CONSERVACIÓN DE NERVIO
Cáncer de Colon y Recto	
44151	COLECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL, SIN PROCTECTOMIA, CON ILEOSTOMÍA CONTINENTE
44155	COLECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL, CON PROTECTOMIA, CON ILEOSTOMÍA
44156	COLECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL, CON PROCTECTOMIA, CON ILEOSTOMÍA CONTINENTE
44157	COLECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL, CON PROCTECTOMIA, CON ANASTOMOSIS ILEOANAL, INCLUYE ILEOSTOMÍA EN ASA Y MUCOSECTOMIA RECTAL, CUANDO SE REALICE
44158	COLECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL, CON PROCTECTOMIA, CON ANASTOMOSIS ILEOANAL, CREACIÓN DE RESERVORIO ILEAL (S O J), INCLUYE ILEOSTOMÍA EN ASA Y MUCOSECTOMIA RECTAL, CUANDO SE REALICE
45110	RESECCION ABDOMINOPERINEAL
45111	PROCTECTOMIA CON RESECCION PARCIAL DE RECTO, ABORDAJE TRANSABDOMINAL
45112	PROCTECTOMIA COMBINADA ABDOMINOPERINEAL, CON DESCENSO ENDORRECTAL TRANSANAL (P. EJ.ANASTOMOSIS COLOANAL)
45114	PROCTECTOMIA PARCIAL, CON ANASTOMOSIS; ABORDAJES ABDOMINAL Y TRANSACRAL
45119	PROCTECTOMIA COMBINADA ABDOMINOPERINEAL, CON DESCENSO ENDORRECTAL TRANSANAL (P. EJ.ANASTOMOSIS COLOANAL), CON CREACIÓN DE RESERVORIO COLÓNICO (P. EJ.SACO EN J) CON DERIVACIÓN DE ENTEROSTOMÍA SI ES NECESARIO

45120	PROCTECTOMIA, COMPLETA (POR MEGACOLON CONGÉNITO), ABORDAJES ABDOMINAL Y PERINEAL, CON DESCENSO ENDORRECTAL TRANSANAL Y ANASTOMOSIS (P. EJ. OPERACIÓN DE TIPO SWENSON , DUHAMEL O SOAVE)
45126	EXENTERACION PÉLVICA DEBIDO A NEOPLASIA COLORRECTAL, CON PROCTECTOMIA (CON O SIN COLOSTOMIA), CON REMOCION DE LA VEJIGA Y TRANSPLANTES URETERALES Y/O HISTERECTOMIA O CERVICECTOMIA, CON O SIN REMOCION DE TROMPAS, CON O SIN EXTRACCIÓN DE OVARIO (S) O CUALQUIER COMBINACION POSIBLE
44140	COLECTOMÍA PARCIAL CON ANASTOMOSIS
44141	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA CON EXTERIORIZACIÓN A LA PIEL O COLOSTOMIA
44143	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL (PROCEDIMIENTO TIPO HARMANN)
44144	COLECTOMÍA PARCIAL CON RESECCION, CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMÍA Y CREACIÓN DE FISTULA MUCOSA
44145	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOPROCTOSTOMIA (ANASTOMOSIS PÉLVICA BAJA)
44146	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOPROCTOSTOMIA (ANASTOMOSIS PÉLVICA BAJA), CON COLOSTOMIA
44147	COLECTOMÍA PARCIAL, ABORDAJE ABDOMINAL Y TRANSANAL
44150	COLECTOMÍA SUB TOTAL
44160	COLECTOMÍA PARCIAL CON REMOCION DE ILEON TERMINAL E ILEOCOLOSTOMIA
43361	RECONSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL POR ESOFAGUECTOMÍA PREVIA, POR LESIÓN O FISTULA OBSTRUCTIVA ESOFÁGICA O POR EXCLUSIÓN ESOFÁGICA PREVIA, CON INTERPOSICIÓN DE COLON O INTESTINO DELGADO INCLUYENDO LA MOVILIZACIÓN, REPARACIÓN Y ANASTOMOSIS DE INTESTINO
45113	PROCTECTOMIA PARCIAL, CON MUCOSECTOMIA RECTAL, CON ANASTOMOSIS ILEOANAL, CON CREACIÓN DE RESERVORIO COLÓNICO (S O J), CON O SIN ILEOSTOMÍA EN ASA
45116	PROCTECTOMIA PARCIAL, CON ANASTOMOSIS; ABORDAJE TRANSACRAL SOLAMENTE (TIPO KRASKE)
47740	COLECISTOENTEROSTOMIA; EN Y DE ROUX
50815	CONDUCTO URETEROCOLON, INCLUYENDO ANASTOMOSIS DE INTESTINO
44211	LAPAROSCOPIA QUIRÚRGICA, COLECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL, CON PROCTECTOMIA, CON ANASTOMOSIS ILEOANAL, CREACIÓN DE RESERVORIO ILEAL (S O J), CON ILEOSTOMIA EN ASA, INCLUYE MUCOSECTOMIA RECTAL SI SE REQUIERE
46735	REPARACIÓN DE ANO IMPERFORADO ALTO SIN FISTULA; ABORDAJES TRANSABDOMINAL Y SACROPERINEAL COMBINADOS
Cáncer de Estómago	
43620	GASTRECTOMÍA TOTAL, CON ESOFAGOENTEROSTOMIA
43620.01	GASTRECTOMÍA TOTAL RADICAL
43620.02	GASTRECTOMÍA TOTAL RADICAL LAPAROSCÓPICA
43638	GASTRECTOMÍA PARCIAL (SUBTOTAL)
43621	GASTRECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX
43622	GASTRECTOMÍA TOTAL CON FORMACIÓN DE RESERVORIO INTESTINAL, CUALQUIER TIPO
43631	GASTRECTOMÍA PARCIAL O SEGMENTARIA
43631.01	GASTRECTOMÍA PARCIAL O SEGMENTARIA LAPAROSCÓPICA
43632	GASTRECTOMÍA PARCIAL DISTAL, CON GASTRO YEYUNOSTOMÍA
43633	GASTRECTOMÍA PARCIAL DISTAL CON RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX
43634	GASTRECTOMÍA PARCIAL DISTAL CON FORMACIÓN DE RESERVORIO INTESTINAL
43639	GASTRECTOMÍA, PARCIAL, PROXIMAL, ABORDAJES TORÁCICO O ABDOMINAL, INCLUYENDO ESOFAGOGASTROSTOMIA, CON VAGOTOMÍA, CON PILOROPLASTIA O PILOROMIOTOMIA
Cáncer de Piel	
14021	TRANSFERENCIA O REPOSICIONAMIENTO DE TEJIDO ADYACENTE, CUERO CABELLUDO, BRAZOS Y/O PIERNAS; DEFECTO DE 10.1 A 30.0 CM CUADRADOS
14300	INJERTO DE PIEL PEDICULADO INUSUAL O COMPLICADO, EN CUALQUIER ÁREA, MAYOR DE 30.0 CM CUADRADOS
15121	INJERTO AUTÓLOGO DE ESPESOR PARCIAL EN CARA, CUELLO CABELLUDO, PARPADOS, BOCA, CUELLO, OÍDOS, ORBITAS, GENITALES, MANOS, PIES Y/O MÚLTIPLES DEDOS; CADA 100.0 CM CUADRADOS O 1% DE SUPERFICIE CORPORAL EN LACTANTES Y NINOS ADICIONALES, O FRAGMENTO SUBSIGUIENTE; REGISTRAR POR SEPARADO ADICIONALMENTE AL CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO PRIMARIO

23077	RESECCION RADICAL DE TUMOR (P. EJ. SARCOMA), TEJIDO BLANDO DE REGIÓN DEL HOMBRO; MENOS DE 5.0 CM
27079	RESECCION RADICAL DE TUMOR O INFECCIÓN; TUBEROSIDAD ISQUIÁTICA Y TROCÁNTER MAYOR DEL FÉMUR, CON COLGAJOS CUTÁNEOS
27329	RESECCION RADICAL DE TUMOR (P. EJ. SARCOMA), TEJIDO BLANDO O REGIÓN DEL MUSLO O LA RODILLA; MENOR DE 5.0 CM
28046	RESECCION RADICAL DE TUMOR (P. EJ. SARCOMA), TEJIDO BLANDO DEL PIE, O DEDO DEL PIE: MENOS DE 3.0 CM
27615	RESECCION RADICAL DE TUMOR (P. EJ. NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DE PIERNA O REGIÓN DEL TOBILLO; MENOR DE 5.0 CM
54348	REQUIERE DE DISECCIÓN EXTENSA + INJERTO DE PIEL + URETROPLASTIA
17311	TÉCNICA MICROGRÁFICA DE MOHS, INCLUYENDO RETIRO DE TODO EL TUMOR, ESCISIÓN QUIRÚRGICA DE ESPECÍMENES DE TEJIDO, MAPEO, CODIFICACIÓN CROMÁTICA DE ESPECÍMENES, EXAMEN MICROSCÓPICO DE ESPECÍMENES POR EL CIRUJANO Y REPARACIÓN HISTOPATOLÓGICA INCLUYENDO TINCIONES RUTINARIAS (P. EJ. HEMATOXILINA-EOSINA, AZUL DE TOLUIDINA), CABEZA, CUELLO, MANOS, PIES, GENITALES, U OTRA LOCALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA QUE SE INVOLUCRE MUSCULO, CARTÍLAGO, HUESO, TENDÓN, NERVIOS O VASOS MAYORES; PRIMERA ETAPA, HASTA 5 BLOQUES DE TEJIDOS
17000	DESTRUCCIÓN (P. EJ. CIRUGÍA LASER, ELECTROCIRUGÍA, CRIOCIRUGÍA, QUIMIOCIRUGIA, CURETAJE QUIRÚRGICO) DE LESIONES PREMALIGNAS (P. EJ. QUERATOSIS ACTINICA); PRIMERA SESIÓN
Cáncer de Pulmón	
31760	TRAQUEOPLASTIA, INTRATORACICA
31775	BRONCOPLASTIA; EXCISION DE LA ESTENOSIS Y ANASTOMOSIS
32440	NEUMONECTOMIA TOTAL
32486	RESECCION DE TEJIDO PULMONAR QUE INCLUYE LA ESCISIÓN CIRCUNFERENCIAL DE SEGMENTO DE BRONQUIO SEGUIDO DE ANASTOMOSIS BRONQUIO-BRONQUIAL
32488	RESECCION DE PULMÓN REMANENTE, POSTERIOR A CUALQUIER REMOCION PARCIAL DE PULMÓN
33120	ESCISIÓN DE TUMOR INTRACARDIACO, RESECCION CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR
32657	TORACOSCOPIA, QUIRÚRGICA; CON RESECCION EN CUNA DE PULMÓN, SIMPLE O MULTIPLE
32482	BILOBECTOMIA PULMONAR
32663	LOBECTOMÍA (LÓBULO ÚNICO) POR TORACOSCOPIA
32671	TORACOSCOPIA QUIRÚRGICA, CON REMOCION PULMONAR (NEUMONECTOMIA)
Cáncer de Hígado	
47122	HEMIHEPATECTOMIA AMPLIADA (TRISEGMENTECTOMÍA)
47122.01	HEMIHEPATECTOMIA AMPLIADA LAPARASCOPICA
47122.02	LIGADURA PORTA Y TRANSECCIÓN HEPÁTICA PREVIO A HEPATECTOMÍA (ALPPS)
47125	HEMIHEPATECTOMIA IZQUIERDA
47125.01	HEMIHEPATECTOMIA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA
47130	HEMIHEPATECTOMIA DERECHA
47130.01	HEMIHEPATECTOMIA DERECHA LAPAROSCÓPICA
47133	HEPATECTOMÍA (INCLUYENDO PRESERVACIÓN EN FRIO) DE DONANTE CADAVÉRICO
47140	HEPATECTOMÍA (INCLUYENDO PRESERVACIÓN EN FRIO) DE DONANTE VIVO, SOLO SEGMENTO LATERAL IZQUIERDO (SEGMENTOS II Y III)
47141	HEPATECTOMÍA (INCLUYENDO PRESERVACIÓN EN FRIO) DE DONANTE VIVO, LOBECTOMÍA TOTAL IZQUIERDA (SEGMENTOS II, III Y IV)
47142	HEPATECTOMÍA (INCLUYENDO PRESERVACIÓN EN FRIO) DE DONANTE VIVO, LOBECTOMÍA TOTAL DERECHA (SEGMENTOS V, VI, VII Y VIII)
47120	LOBECTOMÍA PARCIAL DE HÍGADO

Tratamiento de Cáncer con Quimioterapia, Radioterapia o Braquiterapia.	
Código	**Diagnostico/Actividad**
96402	ADMINISTRACION DE FARMACO ANTINEOPLASICO HORMONAL POR VIA SUBCUTANEA O INTRAMUSCULAR
96407	QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA O INTRAMUSCULAR (BOLO)
96409	ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA EN BOLO DE UN SOLO FARMACO O DE UN FARMACO INICIAL
96410	ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA; TECNICA DE INFUSION
96411	ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA EN BOLO DE CADA FARMACO ADICIONAL (REGISTRAR POR SEPARADO ADICIONALMENTE AL CODIGO DEL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)
96413	ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA CON TECNICA DE INFUSION DE UN SOLO FARMACO O DE UN FARMACO INICIAL QUE DURA HASTA 1 HORA

96415	ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA, TECNICA DE INFUSION INTRAVENOSA; CADA HORA ADICIONAL (REGISTRAR POR SEPARADO ADICIONALMENTE AL CODIGO DEL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)
96416	ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA, TECNICA DE INFUSION INTRAVENOSA; INICIO DE INFUSION PROLONGADA DE QUIMIOTERAPIA (MAS DE 8 HORAS) QUE REQUIERE EL USO DE UNA BOMBA PORTATIL O IMPLANTABLE
96417	ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA, TECNICA DE INFUSION INTRAVENOSA, CADA INFUSION SECUENCIAL ADICIONAL (SUSTANCIA/DROGA DIFERENTE), HASTA 1 HORA (REGISTRAR POR SEPARADO ADICIONALMENTE AL CODIGO DEL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)
96420	ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRA ARTERIAL; TECNICA DE BOLO
96421	QUIMIOTERAPIA, INFUSION
96422	ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA, INTRA ARTERIAL; TECNICA DE INFUSION, HASTA 1 HORA
96423	ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA, INTRAARTERIAL; TECNICA DE INFUSION, CADA HORA ADICIONAL (REGISTRAR POR SEPARADO ADICIONALMENTE AL CODIGO DEL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)
96549	PROCEDIMIENTO DE QUIMIOTERAPIA QUE NO APARECE EN LA LISTA
90780	INFUSION INTRAVENOSA PARA DIAGNOSTICO O TERAPIA, ADMINISTRADA POR EL MEDICO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA
90782	INYECCION PROFILACTICA, DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA; SUBCUTANEA O INTRAMUSCULAR
90784	INYECCION PROFILACTICA, DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA, INTRAVENOSA
77305	TELETERAPIA, PLAN DE ISODOSIS (CALCULADO A MANO O CON COMPUTADOR); SENCILLA (UNA APERTURA O DOSAPERTURAS PARALELAS OPUESTAS SIN MODIFICACION DIRIGIDAS A UNA SOLA ZONA DE INTERES)
77500	ACELERADOR LINEAL (1 SESION)
77295	PLANEAMIENTO TRIDIMENSIONAL DE RADIOTERAPIA, INCLUYENDO HISTOGRAMAS DE DOSIS-VOLUMEN
77301	PLAN DE RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA, INCLUYENDO HISTOGRAMAS DOSIS-VOLUMEN HISTOGRAMAS PARA EL OBJETIVO Y ESPECIFICACIONES DE TOLERANCIA PARCIAL DE LA ESTRUCTURA CRITICA
77315	TELETERAPIA, PLAN DE ISODOSIS (CALCULADO A MANO O CON COMPUTADOR); COMPLEJA (MANTO O Y INVERTIDA, APERTURAS TANGENCIALES, USO DE CUNAS, COMPENSADORES, BLOQUEO COMPLEJO, HAZ ROTACIONAL, O CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EL HAZ)
77315.01	RADIOTERAPIA EXTERNA 3D, EN ACELERADOR LINEAL PLAN DE ISODOSIS CALCULADO CON COMPUTADOR
77401	SUMINISTRO DE TRATAMIENTO POR RADIACION, VOLTAJE SUPERFICIAL Y/U OTRO VOLTAJE
77290	ESTABLECIMIENTO DE CAMPOS ASISTIDO POR SIMULACION DE RADIOLOGIA TERAPEUTICA; COMPLEJA
76499	PROCEDIMIENTO RADIOLOGICO DE DIAGNOSTICO, QUE NO APARECE EN LA LISTA
77263	PLANIFICACION DE TRATAMIENTO DE RADIOLOGIA TERAPEUTICA; COMPLEJA
77418	TRATAMIENTO DE INTENSIDAD MODULADA, CAMPOS/ARCOS UNICOS O MULTIPLES, VIA RAYOS MODULADOS ANGOSTOS TEMPORALMENTE Y ESPACIALMENTE, BINARIO, MLC DINAMICO, POR SESION DE TRATAMIENTO
77418.01	RADIOTERAPIA EXTERNA DE INTENSIDAD MODULADA (IMRT-VMAT) EN ACELERADOR LINEAL
77285	ESTABLECIMIENTO DE CAMPOS ASISTIDO POR SIMULACION DE RADIOLOGIA TERAPEUTICA; INTERMEDIA
77427	MANEJO DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA, 5 TRATAMIENTOS
77504	RADIOTERAPIA: RADIUN INTRACAVITARIO
77501	BRAQUITERAPIA DE CONTACTO
77781	BRAQUITERAPIA POSTERIOR REMOTA DE ALTA INTENSIDAD; 1-4 POSICIONES O CATETERES FUENTE
77784	BRAQUITERAPIA POSTERIOR REMOTA DE ALTA INTENSIDAD; MAS DE 12 POSICIONES O CATETERES FUENTE
77501.01	BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE DOSIS ENDOCAVITARIA
77501.02	BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE DOSIS INTERSTICIAL
77501.03	BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE DOSIS ENDOLUMINAL
77781	BRAQUITERAPIA POSTERIOR REMOTA DE ALTA INTENSIDAD; 1-4 POSICIONES O CATETERES FUENTE
77781.01	BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE DOSIS ENDOCAVITARIA 3D
77781.02	BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE DOSIS ENDOLUMINAL 3D
77781.03	BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE DOSIS INTERSTICIAL 3D
77782	BRAQUITERAPIA POSTERIOR REMOTA DE ALTA INTENSIDAD; 5-8 POSICIONES O CATETERES FUENTE
77783	BRAQUITERAPIA POSTERIOR REMOTA DE ALTA INTENSIDAD; 9-12 POSICIONES O CATETERES FUENTE
77784.01	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL CON ULTRASONIDO
77785	BRAQUITERAPIA DE POSTCARGA REMOTA DE ALTA DOSIS DE RADIONUCLIDO; 1 CANAL
77786	BRAQUITERAPIA DE POSTCARGA REMOTA DE ALTA DOSIS DE RADIONUCLIDO; 2-12 CANALES
77787	BRAQUITERAPIA DE POSTCARGA REMOTA DE ALTA DOSIS DE RADIONUCLIDO; MAS DE 12 CANALES

Atención en Cuidado Paliativo	
Código	**Diagnostico/Actividad**
99489	ATENCIÓN CUIDADOS PALIATIVOS.
99489.03	ATENCIÓN CUIDADOS PALIATIVOS: SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO Y DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE EN EL HOGAR.

Detección Temprana de Cáncer Infantil	
Código	**Diagnostico/Actividad**
99201.03	DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER INFANTIL

1. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

La prevención y control del cáncer realiza intervenciones orientadas a acciones de promoción de la salud, prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, y cuidados paliativos.

ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems historia clínica, DNI, financiador, pertenencia étnica, edad, sexo se registran siguiendo las indicaciones planteadas en el capítulo de Aspectos Generales del presente Documento Técnico.

En el ítem: Distrito de Procedencia, anote claramente el distrito del domicilio actual de la persona a la que se le brinda la atención. Se considera a una persona residente de un distrito cuando tenga permanencia estable a partir de los 06 meses.

En el ítem: Establecimiento, marque con una (X), en la letra que define la condición del paciente respecto al establecimiento:

- **Nuevo (N):** Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención de salud.
- **Continuador (C):** Es aquella persona que acude a atenderse por segunda o más veces en el año.
- **Reingreso (R):** Es la persona que en el año viene por primera vez, pero que ya ha sido atendida en años anteriores.

En el ítem: Servicio, marque con una (X), en la letra que define la condición del paciente respecto al servicio:

- **Nuevo (N):** Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención por una determinada condición de salud.
- **Continuador (C):** Es aquella persona que acude a atenderse por la misma condición de salud, 2 o más veces en el año.
- **Reingreso (R):** Es la persona que viene por primera vez en el año, pero que ya ha sido atendida en años anteriores, por la misma condición de salud.

En el ítem: Tipo de diagnóstico se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de registrar: Marcar con un aspa (X)

- **P: (Diagnóstico presuntivo)** Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.
- **D: (Diagnóstico definitivo)** Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la

enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.

- **R: (**Diagnóstico **repetido)** Cuando el paciente vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

Si son más de tres (03) los diagnósticos y/o actividades los que se van a registrar, continúe en el siguiente registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems Día y Servicio y utilice los siguientes tres (03) ítems del campo "diagnósticos y/o actividades" para completar el registro de la atención.

2. CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER

Definición Operacional: La consejería es el proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas en relación a la prevención del cáncer. La consejería de prevención en factores de riesgo se realiza en personas de 18 a 75 años de manera individual.

La modalidad de entrega del producto es en los EESS nivel I y Nivel II-1 con población asignada, puede brindarse en forma presencial en el consultorio externo o mediante Telemedicina. La forma de registro es la siguiente:

2.1. Consultorio Externo (Presencial)

Se registra de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: "Consejería Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero registre el número de sesión de consejería según corresponda:
  - "1" por la primera consejería.
  - "2" por la segunda consejería.

En el ítem: Código CIE/CPT:
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99402.08**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
											P D R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_				
11	27044828	2	CHOCOPE	38	F / M	PC	Peso	N	N	CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER	P / D / R	1			99402.08
	97565				M / F		Talla	C	C		P D R				
		1			D	Pab	Hb	R	R		P D R				

2.2. Telemedicina

Se registra de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: "Consejería Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer".

- En el segundo casillero registre: “Teleorientación Síncrona” o “Teleorientación asíncrona”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre el número de sesión de consejería según corresponda:
  - “1” por la primera consejería.
  - “2” por la segunda consejería.
- En el segundo casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99402.08**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPMS: **99499.08 (**Teleorientación Síncrona) o **99499.09** (Teleorientación asíncrona).

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	CHOCOPE	38	X	X	PC		Peso		N	N	**CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER**	P	X	R	**2**			**99402.08**
	97565				M	F			Talla		X	X	**TELEORIENTACIÓN SINCRONA**	P	X	R				**99499.08**
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

3. CONSEJERÍA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS Y CON TRATAMIENTO DE CÁNCER

Definición Operacional: La consejería es el proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas con diagnóstico de cáncer logren su autocuidado, toma de decisiones e identificación de riesgos de complicaciones post tratamiento del cáncer. La consejería está dirigida a pacientes diagnosticados con cáncer y su familia/cuidador

La modalidad de entrega del producto es en los EESS 2° (II-2, II-E) y 3° nivel de atención, que cuenten con servicios oncológicos; puede brindarse en forma presencial en el consultorio externo o mediante Telemedicina a partir de la segunda consejería. La forma de registro es la siguiente:

3.1. Consultorio Externo (Presencial)

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Consejería para el Autocuidado”.
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda, ejemplo: “Tumor Maligno de Mama”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "R" de diagnóstico Repetitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre el número de sesión de consejería según corresponda:
  - “1” por la primera consejería.
  - “2” por la segunda consejería.
- En el segundo casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99401.19**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE – 10 del diagnóstico de cáncer que corresponda, ejemplo: **C509.**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	CHOCOPE	38	X	X	PC		Peso		N	N	CONSEJERÍA PARA EL AUTOCUIDADO	P	X	R	2			99401.19
	97565				M	F			Talla		X	X	TUMOR MALIGNO DE MAMA	P	D	X				C509
		17			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

3.2. Telemedicina

Se registra de la siguiente manera

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

- En el primer casillero registre: “Tumor maligno de mama” (entre otros, según corresponda)
- En el segundo casillero registre: “Consejería para el autocuidado”.
- En el tercer casillero registre: “Telemonitoreo”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "R" de diagnóstico Repetitivo
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el tercer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

En la primera actividad:

- En el primer casillero no aplicar ningún registro

En la segunda actividad:

- En el primer casillero registre el número de sesión de consejería según corresponda:
  - “1” por la primera consejería.
  - “2” por la segunda consejería.
- En la tercera actividad: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CIE-10 según corresponda: **C509**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPMS: **99401.19**
- En el tercer casillero registre el siguiente código CPMS: **99499.10**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	CHOCOPE	38	X	X	PC		Peso		N	N	TUMOR MALIGNO DE MAMA	P	D	X				C509
	97565				M	F			Talla		X	X	CONSEJERÍA PARA EL AUTOCUIDADO	P	X	R	2			99401.19
		58			D		Pab		Hb		R	R	TELEMONITOREO	P	X	R				99499.10

4. TAMIZAJE EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres para realizar procedimientos de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino en forma periódica. Estos procedimientos pueden ser por Citología de Cuello Uterino con Papanicolaou (PAP) o Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) o detección molecular del Virus del Papiloma Humano (DM_VPH).

4.1. Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Citología / Papanicolaou (PAP)

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres para realizar el Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino mediante el examen Citológico (Papanicolaou). La modalidad de entrega del producto es en los EESS nivel I y II-1 con población asignada. El registro de las atenciones del Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino usando la citología (Papanicolaou) es en 02 momentos durante la consulta externa:

a. Toma de muestra para el Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Citología (Papanicolaou)
Se registra de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: “Citología vaginal o cervical - Papanicolaou”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **88141**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
											P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X	M	PC		Peso		N	X	CITOPATOLOGIA, VAGINAL O CERVICA - PAPANICOLAOU	P	X	R				88141
	97565				M	X			Talla		X	C		P	D	R				
		18			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

b. Entrega de resultado del Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Papanicolaou (PAP)
Se registra de la siguiente manera:

Cuando el resultado de PAP es negativo
La entrega de resultado puede darse por:

- Consultorio externo en forma presencial; o
- A través de los servicios de Telemedicina

Consultorio Externo en forma presencial
Se registra de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: “Citopatologia, vaginal o cervical - Papanicolaou”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre “N” para resultado de PAP negativo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **88141**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso	N	N	**CITOPATOLOGIA, VAGINAL O CERVICA - PAPANICOLAOU**	P	D	R	**N**			**88141**
	97565				M		Talla	C	C		P	D	R				
		23			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Telemedicina

Se registra de la siguiente manera (sólo para resultados negativos):

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

- En el primer casillero registre: “Citología vaginal o cervical - Papanicolaou”.
- En el segundo casillero registre: “Telemonitoreo”

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

En la primera actividad:

- En el primer casillero registre “N” para resultado de PAP negativo.

En la segunda actividad

- En el primer casillero no aplica ningún registro

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS**: 88141**

En el segundo casillero registre el siguiente código CPMS: **99499.10**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI MIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	**27044828**	**2**	**TRUJILLO**	**28**	M	PC	Peso	N	N	**CITOPATOLOGIA, VAGINAL O CERVICA - PAPANICOLAOU**	P	D	R	**N**			**88141**
	97565				M		Talla	C	C	**TELEMONITOREO**	P	D	R				**99499.10**
		17			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Cuando el resultado de PAP es positivo

La paciente puede requerir de otras prestaciones especializadas y/o orientaciones en relación a los flujos para continuar su atención y/o manejo, por lo que es recomendable atención presencial. Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Citología vaginal o cervical - Papanicolaou”.
- En el segundo casillero registre el resultado consignando en la informe citopatología – Bethesda que corresponda, ejemplo: LIE Alto Grado.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque “P” de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero registre “A” para resultado de PAP positivo.
- En el segundo casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **88141**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10, según el resultado consignando en el informe de citopatología – Bethesda, Ejemplo: **N872.**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
											P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	TRUJILLO	28	F	M	PC		Peso		N	H	**CITOPATOLOGIA, VAGINAL O CERVICA - PAPANICOLAOU**	P	D	R	**A**			**88141**
	97565				M	T			Talla		B	C	**LIE ALTO GRADO**	P	D	R				**N872**
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

4.2. Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres para realizar el Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino mediante la Inspección Visual con Ácido Acético. La modalidad de entrega del producto es en los EESS nivel I y II-1 con población asignada. La atención y entrega de resultado por Tamizaje mediante IVAA se brinda en el mismo momento, por lo que el registro debe ser según su resultado de la siguiente manera:

Cuando la IVAA es negativa
Se registra de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: “Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero registre “N” cuando el resultado de IVAA es negativo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **88141.01**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
											P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	AMBO	35	F	M	PC		Peso		N	H	**INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)**	P	D	R	**N**			**88141.01**
	97565				M	T			Talla		B	C		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

Cuando el resultado de IVAA es positivo
Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre “A” cuando el resultado de IVAA es positivo.

En el ítem: **Código CIE/CPT**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **88141.01**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_				Fecha de última regla: _/_/_			
11	27044828	2	AMBO	35	X	M	PC		Peso	N	X	**INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)**	P	X	R	**A**			**88141.01**
	97565				M	X			Talla	X	C		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb	R	R		P	D	R				

4.3. Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Detección Molecular del VPH (DM_VPH)

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres para realizar el Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino mediante la detección Molecular del Virus del Papiloma Humano. La modalidad de entrega del producto es en los EESS nivel I y II-1 con población asignada. El registro de las atenciones del Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino mediante DM VPH se presenta en 02 momentos durante la consulta externa:

a. Toma de muestra para el Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por DM VPH

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Detección Molecular Virus Papiloma Humano – DM VPH”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el ítem tipo de diagnóstico marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre:
  - “1” cuando el profesional recolecta la muestra.
  - “2” cuando la usuaria recolectó su muestra (auto toma).

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **87621**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_				Fecha de última regla: _/_/_			
11	27044828	2	AMBO	35	X	M	PC		Peso	N	X	**DETECCIÓN MOLECULAR VIRUS PAPILOMA HUMANO - DM VPH**	P	X	R	**2**			**87621**
	97565				M	X			Talla	X	C		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb	R	R		P	D	R				

b. Entrega de resultado del Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por DM VPH

Se registra de la siguiente manera:

Cuando el resultado de DM VPH es negativo

La entrega de resultado puede darse por:

- Consultorio externo en forma presencial; o
- A través de los servicios de Telemedicina

Consultorio externo (presencial)

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Detección Molecular Virus Papiloma Humano – DM VPH”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre “N” de negativo para resultado de DM VPH.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **87621**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	AMBO	35	F	M	PC		Peso		N	N	**DETECCIÓN MOLECULAR VIRUS PAPILOMA HUMANO - DM VPH**	P	D	R	**N**			**87621**
	97565				M	F			Talla		D	D		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

Telemedicina

Se registra de la siguiente manera (sólo para resultados negativos):

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

- En el primer casillero registre: “Detección Molecular Virus Papiloma Humano – DM VPH”.
- En el segundo casillero registre: “Telemonitoreo”

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

En la primera actividad

- En el primer casillero registre “N” de negativo para resultado de DM VPH.

En la segunda actividad

- En el primer casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: Código CIE/CPT:

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **87621**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPMS: **99499.10**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_				Fecha de última regla: _/_/_			
11	27044828	2	AMBO	35	X	M	PC		Peso		N	X	**DETECCIÓN MOLECULAR VIRUS PAPILOMA HUMANO - DM VPH**	P	X	R	**N**			**87621**
	97565				M	X			Talla		X	C	**TELEMONITOREO**	P	X	R				**99499.10**
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

Cuando el resultado de DM VPH es positivo
Se registra de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: “Detección Molecular Virus Papiloma Humano – DM VPH”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero registre “A” cuando el resultado de la Detección Molecular VPH es positivo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **87621**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_				Fecha de última regla: _/_/_			
11	27044828	2	AMBO	35	X	M	PC		Peso		N	N	**DETECCIÓN MOLECULAR VIRUS PAPILOMA HUMANO - DM VPH**	P	X	R	**A**			**87621**
	97565				M	X			Talla		X	X		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

5. TAMIZAJE EN CÁNCER DE MAMA

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres para realizar el Tamizaje de Cáncer de Mama mediante:

- Examen Clínico de Mamas (ECM).
- Mamografía Bilateral de Tamizaje.
- Evaluación del alto riesgo de desarrollar cáncer de mama.

5.1. Tamizaje en Cáncer de Mama con Examen Clínico de Mama (ECM)

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres de 40 a 69 años para realizar el Tamizaje de Cáncer de Mama mediante el Examen Clínico de Mama, con una frecuencia anual (cada año) siempre y cuando el resultado sea normal. La modalidad de entrega del producto será en IPRESS de nivel I (I-1, I-2, I-3, I-4) y de categoría II-1. La atención y entrega de resultado del tamizaje con ECM se brinda en el mismo momento, por lo que el registro debe ser según su resultado de la siguiente manera:

Cuando el resultado de ECM es negativo
Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Examen Clínico de Mama”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre “N” cuando el resultado es negativo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99386.03**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIE NTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
9	27044828	2	LUYANDO	41	X	M	PC		Peso	N	H	EXAMEN CLINICO DE MAMA	P	X	R	N			99386.03
	97565				M	F			Talla	X	C		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb	R	R		P	D	R				

Cuando el resultado de ECM es Positivo

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Examen Clínico de Mama”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre “A” cuando el resultado es positivo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99386.03**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIE NTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
9	27044828	2	LUYANDO	41	X	M	PC		Peso	N	H	EXAMEN CLINICO DE MAMA	P	X	R	A			99386.03
	97565				M	F			Talla	X	C		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb	R	R		P	D	R				

Cuando el resultado de ECM es Positivo y es referido a un hospital o instituto de mayor complejidad

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Examen Clínico de Mama”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

En la primera actividad

- En el primer casillero Lab registre “A” cuando el resultado es positivo.
- En el segundo casillero Lab registre “RF” que indica que la paciente fue referida a un hospital o instituto de mayor complejidad.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99386.03**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
9	27044828	2	LUYANDO	41	X	M	PC		Peso		N	N	**EXAMEN CLINICO DE MAMA**	P	D	R	**A**	**RF**		**99386.03**
	97565				M	F			Talla		D	C		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

5.2. Tamizaje en Cáncer de Mama con Mamografía Bilateral de Tamizaje

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres de 40 a 69 años, población objetivo aparentemente sana, para realizar el Tamizaje de Cáncer de Mama mediante la Mamografía (Mamografía Bilateral de Tamizaje), con una frecuencia bianual (cada dos años) siempre y cuando el resultado sea normal (Negativo).

a. Indicación del Tamizaje en Cáncer de Mama con “Mamografía Bilateral de Tamizaje”

Se realizará por el profesional de salud, teniendo en cuenta que el grupo poblacional objetivo (mujeres de 40 a 69 años aparentemente sanas) están incluidas en el tamizaje por ECM y la modalidad de prestación para la Indicación de la Mamografía Bilateral de Tamizaje puede ser en forma presencial (consultorio externo) o mediante Telemedicina:

Cuando la Indicación de Mamografía Bilateral de Tamizaje es por consultorio externo (presencial) o mediante Telemedicina, se registra de la siguiente manera:

Consultorio externo

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

- En el primer casillero registre: “Mamografía Bilateral de Tamizaje”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero no realizar registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **77057**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	LUYANDO	41	X	M	PC		Peso		N	X	**MAMOGRAFÍA BILATERAL DE TAMIZAJE**	P	X	R				**77057**
	97565				M	X			Talla		X	C		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

Telemedicina

Si la indicación se realiza a través de los servicios de telemedicina se registra de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: "Mamografía Bilateral de Tamizaje".
- En el segundo casillero registre: teleconsulta en línea o teleconsulta fuera de línea, o telemonitoreo, o teleinterconsulta síncrona o teleinterconsulta asíncrona (según corresponda).

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab
- En la primera actividad: no realizar registro.

En la segunda actividad:
- En el primer casillero, registre únicamente si la atención se realizó mediante teleinterconsulta síncrona o teleinterconsulta asíncrona. La IPRESS Consultante registra 1, y de ser una IPRESS Consultora registra 2.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **77057**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPMS: **99499.01**(teleconsulta en línea) o 99499.03(teleconsulta fuera de línea) o **99499.10**(telemonitoreo) o **99499.11**(teleinterconsulta síncrona) o **99499.12** (teleinterconsulta asíncrona).

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	LUYANDO	41	X	M	PC		Peso		N	X	**MAMOGRAFÍA BILATERAL DE TAMIZAJE**	P	X	R				**77057**
	97565				M	X			Talla		X	C	**TELECONSULTA EN LINEA**	P	X	R	2			**99499.01**
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

b. Toma de Mamografía Bilateral de Tamizaje

Se realizará por el profesional de salud, teniendo en cuenta que el grupo poblacional objetivo (mujeres de 40 a 69 años aparentemente sanas) están incluidas en el tamizaje por ECM y se realiza en forma presencial, se registra de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: "Mamografía Bilateral de Tamizaje".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero Lab registrar "I" que indica que la paciente se le realiza la toma de mamografía bilateral de tamizaje.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **77057**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO (P / D / R)	VALOR LAB (1° / 2° / 3°)	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828	2	LUYANDO	41	X / M	PC	Peso	N	X	**MAMOGRAFÍA BILATERAL DE TAMIZAJE**	P / X / R	**I**	**77057**
	97565				M / X		Talla	X	C		P / D / R		
		58			D / X	Pab	Hb	R	R		P / D / R		

c. Lectura e interpretación de imágenes de mamografía

Se realizará por el médico especialista en radiología, utilizando el Sistema de Informe y Registro de Imágenes Mamarias (BI-RADS por sus siglas en inglés).

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

- En el primer casillero registre: "Lectura e interpretación de imágenes de mamografía".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre la categoría de evaluación BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) según corresponda:

  0 = Evaluación adicional (BI -RADS 0)
  1 = Negativa (BI - RADS 1)
  2 = Benigna (BI - RADS 2)
  3 = Probablemente benigna (BI - RADS 3)
  4= Anormalidad sospechosa (BI - RADS 4)
  5 = Altamente sugestiva de malignidad (BI - RADS 5)
  6 = Malignidad conocida (BI - RADS 6)

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **76140.04**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO (P / D / R)	VALOR LAB (1° / 2° / 3°)	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_		
3	26783450	2	Ate	15	X / M	PC	Peso	N	X	**LECTURA E INTERPRETACIÓN DE IMÁGENES DE MAMOGRAFÍA**	P / X / R	**2**	**76140.04**
	12379				M / X		Talla	X	C		P / D / R		
		58			D / X	Pab	Hb	R	R		P / D / R		

d. Telemamografía

Este servicio es realizado en establecimientos de salud que cuentan con mamógrafo y requieren la lectura e interpretación de las imágenes mamográficas a distancia. Y se registra de la siguiente manera:

<u>En la IPRESS consultante</u>:

Establecimiento de salud que envía las imágenes mamográficas y solicita su lectura e interpretación

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: "Telemamografía fuera de línea".

En el ítem: tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico Definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero no realizar registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99499.07**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIE NTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_				Fecha de última regla: _/_/_			
11	27044828	2	LUYANDO	41	X M	PC	Peso	N	X	**TELEMAMOGRAFIA FUERA DE LÍNEA**	P	X	R				**99499.07**
	97565				M	X	Talla	X	C		P	D	R				
		58			D		Pab	R	R		P	D	R				

<u>En la IPRESS consultora:</u>

Establecimiento de salud que cuenta con médico radiólogo que realiza la lectura e interpretación de las imágenes mamográficas a distancia.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: "Telemamografía fuera de línea".

En el ítem tipo de diagnóstico
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero registre la categoría de evaluación BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) según corresponda:

  0 = Evaluación adicional (BI -RADS 0)
  1 = Negativa (BI - RADS 1)
  2 = Benigna (BI - RADS 2)
  3 = Probablemente benigna (BI - RADS 3)
  4= Anormalidad sospechosa (BI - RADS 4)
  5 = Altamente sugestiva de malignidad (BI - RADS 5)
  6 = Malignidad conocida (BI - RADS 6)

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99499.07**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	LUYANDO	41	M	PC	Peso	N	N	**TELEMAMOGRAFIA FUERA DE LÍNEA**	P	D	R	**3**			**99499.07**
	97565				M		Talla	B	C		P	D	R				
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

e. Entrega de resultado de Mamografía Bilateral de Tamizaje

Este registro corresponde realizar al Profesional de la Salud que cuenta con los resultados de la mamografía bilateral de tamizaje. La entrega de resultados de mamografía bilateral de tamizaje BIRADS 1 y 2 podrá realizarse de manera presencial o través servicios de telemedicina. El tamizaje BIRADS 0, 3, 4, 5 y 6 será únicamente de manera presencial.

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

- En el primer casillero registre: “Entrega de Resultados de Mamografía”.

En el ítem: tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico Definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre el numero según la categoría de evaluación BI-RADS (Breast Imaging Reporting And Data System) según corresponda:

  0 = Evaluación adicional (BI -RADS 0)
  1 = Negativa (BI - RADS 1)
  2 = Benigna (BI - RADS 2)
  3 = Probablemente benigna (BI - RADS 3)
  4= Anormalidad sospechosa (BI - RADS 4)
  5 = Altamente sugestiva de malignidad (BI - RADS 5)
  6 = Malignidad conocida (BI - RADS 6)

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99199.20**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
3	26783450	2	Ate	15	M	PC	Peso	N	N	**ENTREGA DE RESULTADO DE MAMOGRAFIA**	P	D	R	**4**			**99199.20**
	12379				M		Talla	B	C		P	D	R				
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

f. Entrega de resultado obtenido por telemamografia

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

- En el primer casillero registre: “Entrega de Resultados de Mamografía”.

En el ítem: tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico Definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre el numero según la categoría de evaluación BI-RADS (Breast Imaging Reporting And Data System) según corresponda:

  0 = Evaluación adicional (BI -RADS 0)
  1 = Negativa (BI - RADS 1)
  2 = Benigna (BI - RADS 2)
  3 = Probablemente benigna (BI - RADS 3)
  4= Anormalidad sospechosa (BI - RADS 4)
  5 = Altamente sugestiva de malignidad (BI - RADS 5)
  6 = Malignidad conocida (BI - RADS 6)

- En el segundo casillero Lab registre: **"OT" (OTROS) solo** sí la entrega de resultados a la usuaria está vinculada a un resultado obtenido a través de la telemamografía fuera de línea.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99199.20**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	LUYANDO	41	X	M	PC		Peso		N	H	**ENTREGA DE RESULTADOS DE MAMOGRAFIAS**	P	X	R	**4**	**OT**		**99199.20**
	97565				M	F			Talla		E	C		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

g. Mamografía de Control

Este registro corresponde realizar por el profesional de la salud que realiza la toma de mamografía y entrega de resultados de mamografía de control; la cual se realiza a los 6 meses posteriores de un resultado BIRADS 3 o cuando se realiza control post tratamiento a una paciente con diagnóstico de cáncer de mama.

Toma de mamografía de control (a los 6 meses posteriores de un resultado BIRADS 3):

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

- En el primer casillero registre: "Mamografía de bilateral".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero Lab registrar "I" que indica que la paciente se le realiza la toma de mamografía bilateral.
- En el segundo casillero Lab registrar "MA" para diferenciar que esta toma de mamografía es de control.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: 77057

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
3	26783450	2	Ate	15	M	PC	Peso	N	M	**MAMOGRAFIA BILATERAL DE TAMIZAJE**	P	D	R	**I**	**MA**		**77057**
	12379				M		Talla	E	C		P	D	R				
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Toma de mamografía de control (post tratamiento a una paciente con diagnóstico de cáncer de mama):

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre el diagnóstico de cáncer de mama que corresponda.
- En el segundo casillero registre: “Mamografía Bilateral de Tamizaje”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "R" de diagnóstico repetitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En la primera actividad: no realizar registro.
- En la segunda actividad:
- En el primer casillero Lab registrar “I” que indica que la paciente se le realiza la toma de mamografía bilateral.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente el **Código CIE-10** del diagnóstico de cáncer de mama que corresponda.
- En el segundo casillero registre el siguiente código **CPMS: 77057**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
3	26783450	2	Ate	15	M	PC	Peso	N	M	**TUMOR MALIGNO DE MAMA**	P	D	R				**C509**
	12379				M		Talla	E	C	**MAMOGRAFIA BILATERAL DE TAMIZAJE**	P	D	R	**I**			**77057**
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Entrega de resultado de mamografía de control:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: “Entrega de resultados de mamografía”.

En el ítem: tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico Definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
En la primera actividad colocar:
- En el primer casillero Lab registre el numero según la categoría de evaluación BI-RADS (*Breast Imaging* Reporting *And Data System*) según corresponda:

0= Evaluación adicional (BI -RADS 0)
1= Negativa (BI - RADS 1)

2 = Benigna (BI - RADS 2)
3 = Probablemente benigna (BI - RADS 3)
4= Anormalidad sospechosa (BI - RADS 4)
5 = Altamente sugestiva de malignidad (BI - RADS 5)
6 = Malignidad conocida (BI - RADS 6)

- En el segundo casillero Lab registre: “MA” que indica que la paciente se realiza mamografía de control.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99199.20**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
															P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :										Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	LUYANDO	41	X	M		PC		Peso		N	X	**ENTREGA DE RESULTADO DE MAMOGRAFIAS**	P	X	R	**4**	**MA**		**99199.20**
	97565				M	X				Talla		X	C		P	D	R				
		58			D			Pab		Hb		R	R		P	D	R				

h. Resultados de Mamografía Bilateral de Tamizaje con el uso de los servicios de Telemedicina

Este registro corresponde realizar al Profesional de la Salud que cuenta con los resultados de la mamografía con BI RADS 1 y 2.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
-En el primer casillero registre: “Entrega de resultados de mamografía”.
-En el segundo casillero registre: “Consejería en Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer”.
-En el tercer casillero registre: “Telemonitoreo”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el tercer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
En la primera actividad colocar
- En el primer casillero registre el número según la categoría de evaluación BI-RADS (*Breast Imaging Reporting And Data System*) según corresponda:
  1 = Negativa (BI - RADS 1)
  2 = Benigna (BI - RADS 2)
- En el segundo casillero registre “OT” (OTROS) **solo** si la entrega de resultados a la usuaria está Vinculada a un resultado obtenido a través de la telemamografía fuera de línea.

- En la segunda actividad
  En el primer casillero registre el número de sesión de consejería según corresponda:
  - “1” por la primera consejería.
  - “2” por la segunda consejería.

- En la tercera actividad no realizar registro.
  En el ítem: **Código CIE/CPT:**
  - En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99199.20**
  - En el segundo casillero registre el siguiente código CPMS: **99499.08**
  - En el tercer casillero registre el siguiente código CPMS: **99499.10**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	LUYANDO	41	X	M	PC		Peso		N	X	**ENTREGA DE RESULTADO DE MAMOGRAFIA**	P	X	R	**1**	**OT**		**99199.2**
	97565				M	X			Talla		X	C	**CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER**	P	X	R	**2**			**99402.08**
		58			D		Pab		Hb		R	R	**TELEMONITOREO**	P	X	R				**99499.10**

i. **Cuando el resultado de la imagen mamaria es anormal (BIRADS 4, 5 o 6) y es referido a un hospital o instituto de mayor complejidad**

Se registra de la siguiente manera:

Resultados de mamografía anormal (BIRADS 4, 5 o 6):

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: "Entrega de resultados de mamografía".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero registre el número según la categoría de evaluación BI-RADS (*Breast Imaging Reporting And Data System*) según corresponda:
  4= Anormalidad sospechosa (BI - RADS 4)
  5 = Altamente sugestiva de malignidad (BI - RADS 5)
  6 = Malignidad conocida (BI - RADS 6)
- En el segundo casillero Lab registre "RF" que indica que la paciente fue referida a un hospital o instituto de mayor complejidad.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99199.20**

Ejemplo:

DIA	D.N.I. / HISTORIA CLINICA / GESTANTE/ PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1º	2º	3º	CÓDIGO CIE / CPT
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/_____						
27	27044828	2	San Martín de Porres	55	X	M	PC		PESO		N	N	1. Entrega de resultados de mamografía	P	X	R	5	RF		99199.20
	97565	80			M	X			TALLA		C	C	2.	P	D	R				
					D		Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

Entrega de resultados de ecografía de mamas anormal (BIRADS 4, 5 o 6) y referida a un EESS de mayor complejidad:

Ante resultados de mamografía bilateral de tamizaje BIRADS 0, se requiere de exámenes complementarios como la ultrasonografía (ecografía de mamas), si este último resultó anormal, se registra de la siguiente manera:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: "Entrega de resultados de ecografía de mama(s)".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero registre el número según la categoría de evaluación BI-RADS (*Breast Imaging Reporting And Data System*) según corresponda:
  4= Anormalidad sospechosa (BI - RADS 4)
  5 = Altamente sugestiva de malignidad (BI - RADS 5)
  6 = Malignidad conocida (BI - RADS 6)
- En el segundo casillero Lab registre “RF” que indica que la paciente fue referida a un hospital o instituto de mayor complejidad.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **76645**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA / HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
3	26783450	2	Ate	15	M	PC	Peso	N	N	**ENTREGA DE RESULTADO DE ECOGRAFIA DE MAMA**	P	D	R	**4**	**RF**		**76645**
	12379				M		Talla	B	C		P	D	R				
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

5.3. Evaluación del alto riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Consiste en la identificación durante la anamnesis de antecedentes considerados de alto riesgo para desarrollar cáncer de mama, realizado con una frecuencia anual por el médico cirujano capacitado y según normativa vigente.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: “Evaluación del alto riesgo de desarrollar cáncer de mama”.

En el ítem: tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico Definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
En la primera actividad colocar:
- En el primer casillero Lab registre “MA” que indica que corresponde a cáncer de mama

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99214.08**

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA / HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
3	26783450	2	Ate	15	M	PC	Peso	N	N	**EVALUACIÓN DEL ALTO RIESGO DE DESARROLLAR CÁNCER DE MAMA**	P	D	R	**MA**			**99214.08**
	12379				M		Talla	B	C		P	D	R				
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

5.4. Evaluación del alto riesgo de desarrollar cáncer de mama referido a un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutiva

Toda mujer entre 40 y 69 años que tiene una clasificación de alto riesgo para desarrollar cáncer de mama es referida a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva para evaluación especializada.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: “Evaluación del alto riesgo de desarrollar cáncer mama”.

En el ítem: tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico Definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
En la primera actividad colocar:
- En el primer casillero Lab registre “MA” que indica que corresponde a cáncer de mama.
- En el segundo casillero Lab registre “RF” que indica que la paciente fue referido a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99214.08**

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
											P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
3	26783450	2	Ate	15	X / M	PC	Peso	N	N	**EVALUACIÓN DEL ALTO RIESGO DE DESARROLLAR CÁNCER DE MAMA**	P	X	R	**MA**	**RF**		**99214.08**
	12379				M / F		Talla	E	C		P	D	R				
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

6. TAMIZAJE EN CÁNCER DE COLON-RECTO

Persona Tamizada en Cáncer de Colon Y Recto
Son las personas de 50 a 70 años a quienes se les realiza el procedimiento para el Tamizaje de Cáncer de Colon-Recto, a través del Test Inmunoquímico Fecal (FIT) realizada de forma anual.

6.1. Indicación del Test Inmunoquímico Fecal
Se registrará de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: “Test Inmunoquímico Fecal (FIT)".

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab: No aplica ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **82274**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
											P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X / M	PC	Peso	N	N	**TEST INMUNOQUÍMICO FECAL (FIT)**	P	X	R				**82274**
	97565				M / F		Talla	E	C		P	D	R				
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Telemedicina

Se registrará de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Test Inmunoquímico Fecal (FIT)".
- En el segundo casillero registre: teleconsulta en línea o teleconsulta fuera de línea, o telemonitoreo, o teleinterconsulta síncrona o teleinterconsulta asíncrona (según corresponda).

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab

En la primera actividad:

- En el primer casillero no realizar registro.

En la segunda actividad:

- En el primer casillero, registre únicamente si la atención se realizó mediante teleinterconsulta síncrona o teleinterconsulta asíncrona. La IPRESS Consultante registra 1, y de ser una IPRESS Consultora registra 2.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **82274**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPMS: **99499.01**(teleconsulta en línea) o **99499.03**(teleconsulta fuera de línea) o **99499.10**(telemonitoreo) o **99499.11**(teleinterconsulta síncrona) o **99499.12**(teleinterconsulta asíncrona).

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martin de Porres	55	X	M	PC		Peso		N	X	**TEST INMUNOQUÍMICO FECAL (FIT)**	P	X	R				**82274**
	97565				M	F			Talla		X	C	**TELECONSULTA FUERA DE LINEA**	P	X	R	**2**			**99499.03**
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

6.2. Entrega de Resultado del Test Inmunoquímico Fecal:

Tener en consideración lo siguiente:

- Cuando el resultado del test de FIT es **negativo (N)** se puede realizar por Consultorio externo en forma presencial o mediante los servicios de Telemedicina y se debe brindar la “Consejería en Prevención de Cáncer”.
- Cuando el resultado del test de FIT es **positivo (A)** citar al paciente para la entrega de resultados en forma presencial y derivara un establecimiento de salud que brinda atención especializada de gastroenterología u oncología, para un descarte de diagnóstico de cáncer.

Se registra de la siguiente manera:

Cuando el resultado del Test Inmunoquímico Fecal (FIT) es Negativo

La entrega de resultado puede darse por:

Consultorio Externo (Presencial), se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Test Inmunoquímico Fecal (FIT)".

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
-

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre “N” para resultado del test de FIT es negativo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **82274**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso	N	N	**TEST INMUNOQUÍMICO FECAL (FIT)**	P	D	R	**N**			**82274**
	97565				M F		Talla	E	C		P	D	R				
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Telemedicina

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Test Inmunoquímico Fecal (FIT)".
- En el segundo casillero registre: “Consejería en Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer”.
-En el tercer casillero registre: Telemonitoreo”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el tercer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

En la primera actividad:

- En el primer casillero registre “N” para resultado del Test de FIT negativo.

En la segunda actividad

- En el primer casillero registre el número de consejería.
  - “1” por la primera consejería.
  - “2” por la segunda consejería.
- En la tercera actividad, no realizar registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **82274**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPMS: **99402.08**
- En el tercer casillero registre el siguiente código CPMS: **99499.10**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso	N	N	**TEST INMUNOQUÍMICO FECAL (FIT)**	P	D	R	**N**			**82274**
	97565				M F		Talla	E	C	**CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER**	P	D	R	**2**			**99402.08**
		58			D	Pab	Hb	R	R	**TELEMONITOREO**	P	D	R				**99499.10**

Cuando el resultado del Test Inmunoquímico Fecal (FIT) es Positivo

La entrega de resultado es en forma presencial por consultorio externo, se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Test Inmunoquímico Fecal (FIT)".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre “A” para resultado del Test de FIT positivo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **82274**

Ejemplo:

II	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
												P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X / M	PC		Peso		N	X	**TEST INMUNOQUÍMICO FECAL (FIT)**	P	X	R	**A**			**82274**
	97565				M / F			Talla		S	C		P	D	R				
		58			D	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

Cuando el resultado del Test Inmunoquímico Fecal (FIT) es Positivo, se refiere al usuario a un establecimiento de salud que brinda atención especializada de gastroenterología u oncología, para un descarte de diagnóstico de cáncer.

La entrega de resultado es en forma presencial en consultorio externo, se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Test Inmunoquímico Fecal (FIT)".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

En la primera actividad:

- En el primer casillero registre Lab “A” para resultado del Test de FIT positivo.
- En el Segundo casillero Lab de la primera actividad se registra: “RF” que indica que el paciente fue referido a un establecimiento de salud que brinda atención especializada en gastroenterología u oncología para descarte de diagnóstico de cáncer.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **82274**

Ejemplo:

II	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
												P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X / M	PC		Peso		N	X	**TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES (SOH)**	P	X	R	**A**	**RF**		**82274**
	97565				M / F			Talla		S	C		P	D	R				
		58			D	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

6.3. Evaluación del riesgo de desarrollar cáncer de colorrectal

Consiste en la identificación durante la anamnesis de antecedentes considerados de alto riesgo para desarrollar cáncer colorrectal, realizado con una frecuencia anual por el médico general capacitado y según normativa vigente.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: “Evaluación del riesgo de desarrollar cáncer colorrectal”.

En el ítem: tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico Definitivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99214.08**

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
3	26783450	2	Ate	15	X	M	PC		Peso		N	X	EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR CÁNCER COLORRECTAL	P	X	R				99214.08
	12379				M	X			Talla		X	C		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

6.4. Evaluación del riesgo de desarrollar cáncer colorrectal referido a un Establecimiento de Salud con capacidad resolutiva para la atención por gastroenterología

Personas entre 50 y 70 años que presenta alguno de los factores de riesgo para desarrollar cáncer colorrectal, según normativa vigente, es referida a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva para evaluación especializada.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: “Evaluación de riesgo de desarrollar cáncer colorrectal”.

En el ítem: tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico Definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
En la primera actividad colocar:
- En el primer casillero Lab registre “RF” que indica que el paciente fue referido a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99214.08**

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
3	26783450	2	Ate	15	X	M	PC		Peso		N	X	EVALUACIÓN DE RIESGO DE DESARROLLAR CÁNCER COLORRECTAL	P	X	R	RF			99214.08
	12379				M	X			Talla		X	C		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

7. TAMIZAJE EN CÁNCER DE PROSTATA

7.1. Indicación del Examen de Antígeno Prostático Especifico

Se registrará de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Dosaje de Antígeno Prostático Específico (PSA)”.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab: No aplica ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **84152**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X	M	PC		Peso		N	N	**DOSAJE DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)**	P	D	R				**84152**
	97565				M	F			Talla		O	C		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

Telemedicina

Se registrará de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: “Dosaje de Antígeno Prostático Especifico (PSA)”.
- En el segundo casillero registre: teleconsulta en línea o teleconsulta fuera de línea, o telemonitoreo, o teleinterconsulta síncrona o teleinterconsulta asíncrona (según corresponda).

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

En la primera actividad:

- En el primer casillero no realizar registro.

En la segunda actividad:

- En el primer casillero, registre únicamente si la atención se realizó mediante teleinterconsulta síncrona o teleinterconsulta asíncrona. La IPRESS Consultante registra 1, y de ser una IPRESS Consultora registra 2.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: 84152
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPMS: 99499.01(teleconsulta en línea) o 99499.03(teleconsulta fuera de línea) o 99499.10(telemonitoreo) o 99499.11(teleinterconsulta síncrona) o 99499.12(teleinterconsulta asíncrona).

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X	X	PC		Peso		N	X	**DOSAJE DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)**	P	X	R				**84152**
	97565				M	F			Talla		X	C	**TELEMONITOREO**	P	X	R				**99499.10**
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

7.2. Entrega de Resultado del Examen de Antígeno Prostático

Tener en consideración lo siguiente:

- Cuando el resultado de PSA está en sus valores normales colocar **(N)**. La entrega de resultado se puede realizar por Consultorio externo en forma presencial o mediante los servicios de Telemedicina y se debe brindar la "Consejería en Prevención de Cáncer".
- Cuando el resultado de PSA es elevado sobre su valor normal colocar **(A)** y citar al paciente para la entrega de resultados en forma presencial y derivar para atención especializada en urología u oncología para el descarte del diagnóstico de Cáncer.

Se registra de la siguiente manera:

Cuando el Resultado de Dosaje de Antígeno Prostático (PSA) está en sus valores normales (N)
La entrega de resultado puede darse por:

Consultorio Externo (Presencial)
Se registra de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: "Dosaje de Antígeno Prostático Especifico (PSA)".

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero registre "N" para resultado de PSA es negativo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **84152**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X	X	PC		Peso		N	X	**DOSAJE DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)**	P	X	R	**N**			**84152**
	97565				M	F			Talla		X	C		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

Telemedicina
Se registra de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: En el primer casillero registre: "Dosaje de Antígeno Prostático Especifico (PSA)
- En el segundo casillero registre: "Consejería en Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer".
-En el tercer casillero registre: "Telemonitoreo".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el tercer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
En la primera actividad
- En el primer casillero registre “N” para resultado de PSA negativo.

En la segunda actividad
- En el primer casillero registre el número de consejería.
  - “1” por la primera consejería.
  - “2” por la segunda consejería.

En la tercera actividad no realizar registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **84152**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPMS: **99402.08**
- En el tercer casillero registre el siguiente código CPMS: **99499.10**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento:_/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X M	PC	Peso	N	X H	**DOSAJE DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)**	P	X D	R	**N**			**84152**
	97565				M	F	Talla	X E	C	**CONSEJERIA EN PREVENCION DE CANCER**	P	X D	R	**2**			**99402.08**
		58			D		Pab	Hb	R	R	**TELEMONITOREO**	P	X D	R			**99499.10**

Cuando el Resultado de Dosaje de Antígeno Prostático (PSA) se encuentra elevado sobre su valor normal (A)

La entrega de resultado es en forma presencial por consultorio externo, se registra de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: “Dosaje de Antígeno Prostático Especifico (PSA)”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero registre “A” para resultado de PSA positivo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **84152**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X / M	PC	Peso	N	H	**DOSAJE DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)**	P	E	R	**A**			**84152**
	97565				M / F		Talla	E	C		P	D	R				
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Cuando el Resultado de Dosaje de Antígeno Prostático (PSA) se encuentra elevado sobre su valor normal (A) se refiere al usuario a un establecimiento de salud que brinda atención en un servicio especializado de urología u oncología, para un descarte de diagnóstico de cáncer.

La entrega de resultado es en forma presencial por consultorio externo, se registra de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: “Dosaje de Antígeno Prostático Especifico (PSA)”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero registre “A” para resultado de PSA positivo.
- En el Segundo casillero Lab de la primera actividad se registra: “RF” que indica que el paciente fue referido a un establecimiento de salud que brinda atención en un servicio especializado de urología u oncología, para un descarte de diagnóstico de cáncer.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **84152**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X / M	PC	Peso	N	H	**DOSAJE DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)**	P	E	R	**A**	**RF**		**84152**
	97565				M / F		Talla	E	C		P	D	R				
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

8. TAMIZAJE EN CÁNCER DE PIEL

Persona Tamizada en Cáncer De Piel

Es la población de 18 a 70 años a quienes se les realiza el procedimiento para el Tamizaje de Cáncer de Piel, a través del Examen Clínico de Piel realizada en forma anual.

8.1. Examen Clínico de Piel

Se registrará de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: “Examen de pesquisa especial para tumores de otros sitios”.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero registre “N” para resultado de Examen Clínico de Piel Negativo o “A” cuando el examen clínico de piel Positivo.

En el ítem: **Código CIE:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **Z128**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	**San Martín de Porres**	55	X / M	PC	Peso	N	N	**EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMORES DE OTROS SITIOS**	P	X	R	**N**			**Z128**
	97565				M / F		Talla	C	C		P	D	R				
		4			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Cuando el Resultado del Examen Clínico de Piel es Positivo se refiere al usuario a un establecimiento de salud que brinda atención especializada de dermatología u oncología, para un descarte de diagnóstico de cáncer.

La entrega de resultado es en forma presencial por consultorio externo, se registra de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: “Examen de pesquisa especial para tumores de otros sitios”.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero registre “N” para resultado de Examen Clínico de Piel Negativo o “A” cuando el examen clínico de piel Positivo.

En el Segundo casillero Lab de la primera actividad se registra: “RF” que indica que el paciente fue referido a un establecimiento de salud que brinda atención especializada en dermatología u oncología, o a un establecimiento de salud que cuenta con el equipo biomédico “dermatoscopio digital” para un descarte de diagnóstico de cáncer.

En el ítem: **Código CIE:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **Z128**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	**27044828**	2	**San Martín de Porres**	55	X / M	PC	Peso	N	N	**EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMORES DE OTROS SITIOS**	P	X	R	**A**	**RF**		**Z128**
	97565				M / F		Talla	C	C		P	D	R				
		6			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Telemedicina

Este servicio se realiza en los establecimientos de salud que cuenten con equipo biomédico "dermatoscopio digital" que envían imágenes y registran la solicitud a través de una teleinterconsulta asíncrona o teleinterconsulta síncrona para la opinión médica especializada, para un descarte de diagnóstico de cáncer de piel.

IPRESS Consultante

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

- en el primer casillero registre: "Examen de pesquisa especial para tumores de otros sitios".
- en el segundo casillero, de ser una sola lesión, registre: "Detección y búsqueda activa, comparativa de lesión con sospecha de cáncer de piel mediante dermatoscopia digital (lesión única)" o "Detección y búsqueda activa, de cáncer de piel mediante dermatoscopia digital (mapeo digital)".
- en el tercer casillero registre: "Teleinterconsulta asíncrona" o "teleinterconsulta síncrona"

En el ítem: tipo de diagnóstico:

- en el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- en el segundo casillero marque "D" de diagnóstico presuntivo.
- en el tercer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: valor lab:

- en el primer casillero lab de la primera actividad registre "A" para resultado de Examen Clínico de Piel Positivo.
- en el segundo casillero lab de la segunda actividad no se registra.
- en el tercer casillero de la tercera actividad, la IPRESS consultante registra: "1".

En el ítem: **código cie:**

- en el primer casillero registre el siguiente código CPMS: Z128
- en el segundo casillero, de ser una sola lesión, registre el siguiente código cpms: 96904.01
- en el segundo casillero, de ser dos o más lesiones, registre el siguiente código cpms: 96904.02
- en el tercer casillo registre el siguiente código cpms: 99499.12 (teleinterconsulta asincrona) o 99499.11 (teleinterconsulta sincrona)

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X	X	PC		Peso		N	X	**EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMORES DE OTROS SITIOS**	P	X	R	**A**			**Z128**
	97565				M	F			Talla		X	C	**DETECCION Y BUSQUEDA ACTIVA, COMPARATIVA DE LESION CON SOSPECHA DE CANCER DE PIEL MEDIANTE DERMATOSCOPIA DIGITAL (LESION UNICA)**	P	X	R				**96904.01**
		33			D		Pab		Hb		R	R	**TELEINTERCONSULTA ASINCRONA**	P	X	R	**1**			**99499.12**

IPRESS Consultora

- En el ítem: diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre: "Detección y búsqueda activa, comparativa de lesión con sospecha de cáncer de piel mediante dermatoscopia digital (lesión única)" o "Detección y búsqueda activa, de cáncer de piel mediante dermatoscopia digital (mapeo digital)"
- En el segundo casillero registre: "Teleinterconsulta asincrona" o "Teleinterconsulta sincrona"

En el ítem: tipo de diagnóstico:

- en el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

- en el segundo casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem: valor lab
- en el primer casillero lab de la primera actividad, no se registra.
- en el segundo casillero lab de la segunda actividad, la ipress consultora registra: “2”.

En el ítem: código cie
- en el primer casillero, de ser una sola lesión, registre el siguiente código CPMS: 96904.01
- en el primer casillero, de ser dos o más lesiones, registre el siguiente código cpms: 96904.02
- en el segundo casillero registre el siguiente código cpms: 99499.12 (teleinterconsulta asincrona) o 99499.11 (teleinterconsulta sincrona)

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO (P / D / R)	VALOR LAB (1° / 2° / 3°)	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828	2	San Martin de Porres	55	X / M	PC	Peso	N	X	**DETECCION Y BUSQUEDA ACTIVA, COMPARATIVA DE LESION CON SOSPECHA DE CANCER DE PIEL MEDIANTE DERMATOSCOPIA DIGITAL (LESION UNICA)**	P / X / R		**96904.01**
	97565			M	F		Talla	X	C	**TELEINTERCONSULTA ASINCRONA**	P / X / R	**2**	**99499.12**
		14		D		Pab	Hb	R	R		P / D / R		

9. MANEJO DE LESIONES PRE MALIGNAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

9.1. Mujer Examinada con Triaje Visual para el Tratamiento

Triaje Visual para el tratamiento (TVT): Examen del Cuello Uterino luego de aplicar ácido acético con el fin de determinar si hay contraindicación para tratamiento ablativo (elegibilidad para tratamiento ablativo).

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre el motivo por el cual se realiza el procedimiento: “Lesión Intraepitelial de Alto Grado”.
- En el segundo casillero registre el procedimiento: “Triaje Visual Para El Tratamiento”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero no se aplica ningún registro.
- En el segundo casillero registre:
  - **RN** = Triaje visual para el tratamiento negativo.
  - **RP** = Triaje visual para el tratamiento positivo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CIE-10 del motivo por el cual se realiza el procedimiento: **N872**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **88141.01**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X F / M	PC	Peso	N	X A	**LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO**	X P	D	R				**N872**
	97565				M / X F		Talla	X B	C	**TRIAJE VISUAL PARA EL TRATAMIENTO**	P	X D	R	**RN**			**88141.01**
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

9.2. Mujer Examinada con Colposcopia

Definición Operacional: Es toda aquella mujer con prioridad de 25 a 64 años, con resultado de tamizaje positivo o signo sugestivo de lesión pre malignas de alto grado que con fines de diagnóstico de lesiones pre malignas es examinada mediante estudio colposcópico, el cual permite la magnificación visual del Cuello Uterino

El estudio colposcópico se realizará según capacidad resolutiva en el primer y segundo nivel de atención y en el caso necesario se procederá a la toma de Biopsia para el estudio patológico respectivo.

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

- En el primer casillero registre el motivo por el cual se realiza el procedimiento: "Lesión Intraepitelial de Alto Grado".
- En el segundo casillero registre el tipo de colposcopía realizada: "Colposcopia sin ICA".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero no se aplica ningún registro.
- En el segundo casillero registre:
  - **N** = colposcopia sin imágenes colposcópicas anormales - ICA.
  - **A** = colposcopia con imágenes colposcópicas anormales - ICA.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CIE-10 del motivo por el cual se realiza el procedimiento: **N872**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **57452**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X F / M	PC	Peso	N	X A	**LIE DE ALTO GRADO**	X P	D	R				**N872**
	97565				M / X F		Talla	X B	C	**COLPOSCOPIA SIN ICA**	P	X D	R	**N**			**57452**
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Para la toma de Biopsia durante la Colposcopia: Se deberá registrar el tipo de Biopsia realizada para la obtención de la muestra

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

- En el primer casillero registre el motivo por el cual se realiza el procedimiento: “Lesión Intraepitelial de Alto Grado”.
- En el segundo casillero registre el procedimiento según corresponda: “Colposcopia”
- En el tercero casillero registre Procedimiento realizado:
  - Toma de Muestra Endocervical (Biopsia).
  - Biopsia una sola o varias o escisión local de lesión con o sin fulguración.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero no se aplica ningún registro.
- En el segundo casillero registre el resultado que corresponda:
  - **N** = colposcopia sin imágenes colposcópicas anormales - ICA.
  - **A** = colposcopia con imágenes colposcópicas anormales - ICA.
- En el segundo casillero no se aplica ningún registro.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el tercer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CIE-10 del motivo por el cual se realiza el procedimiento: **N872**
- En el segundo casillero registra CPMS: **58100**
- En el tercer casillero registra el código CPMS, según el tipo de Biopsia realizada.

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X	M	PC		Peso		N	X	**LIE DE ALTO GRADO**	X	D	R				**N872**
	97565				M	X			Talla		X	C	**COLPOSCOPIA**	P	X	R	**A**			**57452**
		58			D		Pab		Hb		R	R	**TOMA DE MUESTRA ENDOCERVICAL (BIOPSIA)**	P	X	R				**58100**

9.3. Atención de la Paciente con Lesiones Pre Malignas de Cuello Uterino con Ablación

Definición Operacional: Atención que se brinda a las mujeres con resultado de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino positivo para lesiones premalignas de Cuello Uterino (LIE de Alto Grado o LIE bajo grado persistente por más de un año) y que cumplen con los criterios clínicos para el tratamiento mediante ablación. Para lesiones pre malignas de Cuello Uterino se ofrece el servicio de ablación a aquellas mujeres entre 30 y 49 años cuyo tamizaje para cáncer de cuello uterino es positivos y que están en un establecimiento de salud del primer nivel de atención u hospital.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre el diagnóstico que motivó el tratamiento de ablativos: “Lesión Intraepitelial de Alto Grado”.
- En el segundo casillero registre el procedimiento de tratamiento: “Cauterización Eléctrica o Térmica del cérvix”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.
- En el segundo casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab: No se aplica ningún registro

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el diagnóstico que motivó el tratamiento de ablativos, código CIE-10: **N872**
- En el segundo casillero registre el procedimiento de tratamiento realizado, código CPMS: **57510**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X	M	PC		Peso		N	N	**LESION INTRAPETILIAL DE ALTO GRADO**	X	D	R				**N872**
	97565				M	X			Talla		E	E	**CAUTERIZACIÓN ELÉCTRICA O TÉRMICA DEL CÉRVIX**	P	E	R				**57510**
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

9.4. Atención de Pacientes con Lesiones Pre Malignas de Cuello Uterino con Tratamiento Escisional

Definición Operacional: Se ofrece el servicio de escisión a aquellas mujeres entre 25 y 64 años cuyo tamizaje de cuello uterino es positivo y que están en un establecimiento de salud donde cuenta con la capacidad resolutiva para el procedimiento de escisión.

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

- En el primer casillero registre el diagnóstico que genera el tratamiento escisional: “LIE alto grado”.
- En el segundo casillero registre el procedimiento de tratamiento realizado:
  - Canonización del Cérvix usando asa diatérmica (LEEP).

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.
- En el segundo casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab: No aplica en el presente ejemplo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el diagnóstico que genera el tratamiento escisional, código CIE-10: **N872**
- En el segundo casillero registre el procedimiento de tratamiento realizado, código CPMS: **57522**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X	M	PC		Peso		N	N	**LIE DE ALTO GRADO**	X	D	R				**N872**
	97565				M	X			Talla		E	E	**CONIZACIÓN DEL CÉRVIX USANDO ASA DIATÉRMICA (LEEP)**	P	E	R				**57522**
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

10. PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

En este acápite se consideran los principales procedimientos de diagnóstico que el médico podrá realizar por cada tipo de cáncer: Biopsia de Cérvix, Biopsia de Mama, Biopsia de Próstata, Biopsia de Colon, Biopsia de Recto, Biopsia de Estómago, Biopsia de Piel, Biopsia Hepática, Biopsia de Ganglios.

10.1. Mujer Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Cuello Uterino

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre el procedimiento: “Biopsia de Cuello Uterino”.
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: “Tumor Maligno de Cuello Uterino”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque “P” de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CP del procedimiento: **57500**
- En el segundo casillero registre el código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C539**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha Última de Hb: _/_/_	Fecha de Última regla: _/_/_						
14	27044845	2	San Martín de Porres	34	X / M	PC	Peso	N	N	BIOPSIA PERCUTÁNEA DE MAMA CON AGUJA TROCAR, SIN GUÍA DE IMÁGENES	P	X	R				19102
	97567				M / X		Talla	X	X	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA PARTE NO ESPECIFICADA	X	D	R				C509
		9			D / X	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

10.2. Mujer Atendida con Procedimiento de Biopsia de Mama

Son las mujeres referidas con masa tumoral palpable en mama detectada mediante Examen Clínico y/o mujeres con Masa Tumoral no palpable detectadas por Mamografía/Ecografía, a las que se les realiza Biopsia por Trucut.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre el tipo de Biopsia Mamaria que corresponda:
  - Biopsia Percutánea de Mama con Aguja Trocar, Sin Guía de Imágenes.
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda:
  - Tumor Maligno de La Mama Parte No Especificada.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque “P” de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS del procedimiento que corresponda: **19100**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C509**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
14	47044845	2	San Martin de Porres	51	X	M	PC		Peso		N	X	**BIOPSIA PERCUTÁNEA DE MAMA CON AGUJA TROCAR, SIN GUÍA DE IMÁGENES**	P	X	R				**19102**
	97567				M	X			Talla		X	C	**TUMOR MALIGNO DE LA MAMA PARTE NO ESPECIFICADA**	X	D	R				**C509**
		9			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

10.3. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Próstata

Son los varones referidos con evidencia de masa tumoral en próstata mediante Examen Clínico/Ecografía Prostática o un Dosaje de PSA total cuantitativo positivo, a los que se les realizará Biopsia con guía ecográfica.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre el procedimiento: “Biopsia de Próstata”.
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer: “Tumor Maligno de Próstata”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque “P” de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS del procedimiento: **55700**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE- 10 del diagnóstico de cáncer: **C61X**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
2	15644828	2	Comas	61	X	M	PC		Peso		N	X	**BIOPSIA DE PROSTATA**	P	X	R				**55700**
	95791				M	F			Talla		X	C	**TUMOR MALIGNO DE PROSTATA**	X	D	R				**C61X**
		8			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

10.4. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Colón-Recto

Son las personas de grupo de riesgo alto para Cáncer de Colon o Examen de Sangre Oculta en Heces positivo, a las que se les refiere para una Colonoscopia en la que se toma Biopsia de Lesiones con sospecha de cáncer.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre el procedimiento: "Colonoscopia con Biopsia”.
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: “Tumor Maligno del Colon Parte No Especificada”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque “P” de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: Código **CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS del procedimiento: **44389**
  - En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C189**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO (P D R)	VALOR LAB (1° 2° 3°)	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_		
6	12896457	2	NAPO	55	X M	PC	Peso	N	X	**COLONOSCOPIA CON BIOPSIA**	P X R		**44389**
	59731				M F		Talla	X	C	**TUMOR MALIGNO DEL COLON PARTE NO ESPECIFICADA**	X D R		**C189**
		52			D	Pab	Hb	R	R		P D R		

10.5. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Estómago

Son las personas con molestias gástricas, antecedentes familiares y otros criterios de sospecha de cáncer, a las que se les refiere para una endoscopia alta y toma de Biopsia de Lesiones con sospecha de.

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

- En el primer casillero registre el procedimiento: "Biopsia de Estómago".
- En el segundo casillero registre diagnóstico de cáncer que corresponda: "Tumor Maligno del Estómago".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **43600**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C169**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO (P D R)	VALOR LAB (1° 2° 3°)	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_		
1	57894216	2	Comas	55	X M	PC	Peso	N	X	**BIOPSIA DE ESTOMAGO**	P X R		**43600**
	17532				M F		Talla	X	C	**TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO**	X D R		**C169**
		58			D	Pab	Hb	R	R		P D R		

10.6. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Piel

Son las personas que presentan una Lesión Dérmica con características de sospecha de Cáncer Piel a los que se les realiza Biopsia.

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

- En el primer casillero registre el procedimiento: "Biopsia de Piel"
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: "Tumor Maligno de Piel"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque “P” de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: Código **CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS del procedimiento: **11100**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C449**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
3	89456123	2	San Juan de Lurigancho	61	M	PC	Peso	N	H	**BIOPSIA DE PIEL**	P	D	R				**11100**
	59021				M		Talla	C	C	**TUMOR MALIGNO DE PIEL**	P	D	R				**C449**
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

10.7. Persona atendida con Procedimiento de Biopsia de Pulmón

Son las personas referidas con sospecha de Cáncer de Pulmón a los que se les realiza Biopsia diagnóstica de nódulos o Masa Pulmonar.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre el procedimiento que corresponda: “Biopsia de Pulmón”.
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: “Tumor Maligno de los Bronquios o del Pulmón”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque “P” de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS del procedimiento: **32405**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C349**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
23	85290543	2	San Martín de Porres	64	M	PC	Peso	N	H	**BIOPSIA DE PULMON**	P	D	R				**32405**
	19543				M		Talla	C	C	**TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMÓN**	P	D	R				**C349**
		2			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

10.8. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Hígado

Son las personas referidas con sospecha de Cáncer de Hígado a los que se les realiza Biopsia con guía ecográfica.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre el procedimiento: “Biopsia Hepática”.
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: “Tumor Maligno de Hígado”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo
- En el segundo casillero marque “P” de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: Código **CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS del procedimiento: **47000**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C229**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
5	38654289	2	comas	57	X	M	PC		Peso		N	N	BIOPSIA HEPATICA	P	D	R				47000
	19065				M	F			Talla		C	C	TUMOR MALIGNO DE HIGADO	P	D	R				C229
		43			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

10.9. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Ganglio

Son las personas referidas con sospecha de Linfoma a los que se les realiza Biopsia de Ganglio.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre el procedimiento: “Biopsia de Ganglio”.
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: “Linfoma no Hodgkin”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque “P” de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS del procedimiento: **38500**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C859**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
18	40234580	2	Teniente Manuel Clavero	65	X	M	PC		Peso		N	N	BIOPSIA DE GANGLIO	P	D	R				38500
	10642				M	F			Talla		C	C	LINFOMA NO HODGKIN	P	D	R				C859
		52			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

10.10. Persona Atendida con Procedimiento de Aspirado de Médula Ósea

Son las personas referidas con sospecha de Leucemia a los que se les realiza aspirado de Médula Ósea.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre el procedimiento: “Aspirado de Médula Ósea (Mielograma)”.
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: “Leucemia linfoblástica Aguda”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque “P” de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS del procedimiento: **85095**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C910**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
12	37893480	2	San Martin de Porres	55	X	X	PC		Peso		N	X	ASPIRADO DE MEDULA OSEA(MIELOGRAMA)	P	X	R				84095
	47893				M	F			Talla		X	C	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	X	D	R				C910
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

10.11. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia Médula Ósea

Son las personas referidas con sospecha de Leucemia a los que se les realiza Biopsia de Médula Ósea.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre el procedimiento: “Biopsia de Medula Ósea”.
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: “Linfoma no Hodgkin”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque “P” de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS del procedimiento: **85102**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C859**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
27	27044828	2	San Martin de Porres	55	X	X	PC		Peso		N	X	BIOPSIA DE MEDULA OSEA	P	X	R				85102
	97565				M	F			Talla		X	C	LINFOMA NO HODGKIN	X	D	R				C859
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

10.12. Atendidos con procedimiento de Citometría de Flujo / Extendido de sangre periférica

El extendido de sangre periférica y la citometría de flujo son análisis de laboratorio que permite estudiar las células sanguíneas para detectar alteraciones, diagnosticar enfermedades de la sangre.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre el procedimiento: "Citometría de flujo para líquidos corporales".
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: "Leucemia Linfocitica Crónica".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS del procedimiento: **88185.20**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C859**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
17	72854320	2	San Martin de Porres	21	X / M	PC	Peso	N	X	**CITOMETRÍA DE FLUJO PARA LÍQUIDOS CORPORALES**	P	X	R				**88185.02**
	18425				M / F		Talla	X	C	**LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA**	X	D	R				**C911**
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

10.13. Entrega de Resultado para el Diagnóstico y Estadiaje de Cáncer

Conjunto de acciones orientadas al diagnóstico definitivo y estadiaje de cáncer, entrega y registro del mismo.

a) Entrega de resultado positivo de procedimiento de Biopsia.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre la Entrega de Resultado del procedimiento realizado que corresponda, ejemplo: "Biopsia de Mama".
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda.

En el ítem: Tipo de diagnóstico
- En el primer y segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero registre:
  - "A" (Positivo) Con alteraciones neoplásicas.
- En el segundo casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
- En el primer casillero registre código CPMS del resultado de Biopsia que corresponda.
- En el Segundo casillero registre código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda.

Ejemplo:

Entrega de resultado positivo de procedimiento de Biopsia de mama.

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	45689023	2	San Lorenzo	67	X	M	PC		Peso	N	N	**BIOPSIA DE MAMA**	P	D	R	**A**			**19100**
	185320				M	F			Talla	E	E	**TUMOR MALIGNO DE MAMA**	P	D	R				**C509**
		7			D		Pab		Hb	R	R		P	D	R				

Entrega de resultado positivo de procedimiento de Biopsia y referidos a EESS con mayor complejidad.

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

- En el primer casillero registre la Entrega de Resultado del procedimiento realizado que corresponda, ejemplo: “Biopsia de Mama”.
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda.

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el primer y segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre “A” (Positivo) Con alteraciones neoplásicas.
- En el Segundo casillero Lab de la primera actividad se registra: “RF” que indica es un paciente referido.
-

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre código CPMS del resultado de Biopsia que corresponda.
- En el Segundo casillero registre código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda.

Ejemplo:

Entrega de resultado positivo de procedimiento de Biopsia de mama de una paciente referida.

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
27	41285690	2	Ate	55	X	M	PC		Peso	N	N	**BIOPSIA DE MAMA**	P	D	R	**A**	**RF**		**19100**
	12565				M	F			Talla	E	E	**TUMOR MALIGNO DE MAMA**	P	D	R				**C509**
		58			D		Pab		Hb	R	R		P	D	R				

b) Entrega de resultado de procedimiento de Biopsia negativa

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

- En el primer casillero registre la Entrega de Resultado del procedimiento realizado que corresponda, ejemplo: “Entrega de Resultado Biopsia Mamaria”.

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre:
  - “N” (Negativo) Sin alteraciones neoplásicas.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre código CPMS del resultado de Biopsia que corresponda.

Ejemplo:

Entrega de resultado negativo de procedimiento de Biopsia de Pulmón

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
19	24689034	2	Requena	55	M	PC	Peso	N	N	**BIOPSIA DE PULMON**	P	D	R	**N**			**32405**
	36789				M		Talla				P	D	R				
		8			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Nota: En el caso de entrega de resultado se procederá a registrar por ÚNICA vez el diagnóstico Oncológico como definitivo y en posteriores atenciones se registrará como repetitivo.

Telemedicina

Se registra de la siguiente manera (sólo para resultados negativos):

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

- En el primer casillero registre la Entrega de Resultado del procedimiento realizado que corresponda, ejemplo: " Biopsia de Pulmón".
- En el segundo casillero registre: "Telemonitoreo"

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero de la primera actividad registre: "N" (Negativo) sin alteraciones neoplásicas.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre código CPMS del resultado de Biopsia que corresponda. Ejemplo: 32405(Biopsia de pulmón)
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPMS: 99499.10

Ejemplo: Entrega de resultado negativo de procedimiento de Biopsia de Pulmón a través de telemedicina

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso	N	N	**BIOPSIA DE PULMON**	P	D	R	**N**			**32405**
	97565				M		Talla			**TELEMONITOREO**	P	D	R				**99499.10**
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

c) Estadiaje de cáncer

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

- En el primer casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponde.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "R" diagnóstico repetitivo.

En el ítem: Valor Lab: registre el código de estadio clínico:
- Estadio clínico I = 1
- Estadio clínico II = 2
- Estadio clínico III = 3
- Estadio clínico IV = 4

En el item: **CIE 10**:
- En el primer casillero registre **Código CIE-10** del diagnóstico de cáncer que corresponda.

Ejemplo:
Entrega de resultado de estadiaje de cáncer de mama

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
24	15674834	2	Punchana	52	M	PC	Peso	N	N	**TUMOR MALIGNO DE MAMA**	P	D	R	**2**			**C509**
	12345				M		Talla	C	C		P	D	R				
		12			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

11. TRATAMIENTO DE CÁNCER

Es el tratamiento del cáncer según estadio clínico correspondiente; previa indicación del médico tratante, puede consistir en: Cirugía, Radioterapia y Quimioterapia.

11.1. Registro de Supervisión de Quimioterapia por el Médico Especialista:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda.
- En el segundo casillero registre:
  - Supervisión Médica Directa

En el ítem: Tipo de diagnóstico
- En el primer casillero marque "R" diagnóstico repetitivo por ser continuador
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer y segundo casillero no se aplican ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT**
- En el primer casillero registre el **Código CIE-10** del diagnóstico de cáncer que corresponda.
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPMS: **90780**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso	N	N	**TUMOR MALIGNO DE MAMA**	P	D	R				**C509**
	97565				M		Talla	C	C	**SUPERVISION MEDICA DIRECTA**	P	D	R				**90780**
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

11.2. Registro de Administración de Quimioterapia por Personal de Enfermería

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

- En el primer casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponde.
- En el segundo casillero registre el procedimiento de tratamiento con quimioterapia realizado.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "R" diagnóstico repetido.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero no se aplica ningún registro.
- En el segundo casillero registre el número "1" solo al inicio del tratamiento de quimioterapia, los procedimientos posteriores de administración de quimioterapia no requieren registro LAB.

En el ítem: Código CIE/CPT

- En el primer casillero registre el siguiente el Código CIE 10 del diagnóstico de cáncer que corresponda.
- En el segundo casillero registre el siguiente Código CPMS del procedimiento de tratamiento con quimioterapia realizado.

Ejemplo:

Registro de inicio de tratamiento con quimioterapia

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPT
											P D R	1° 2° 3°	
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_		
23	16789034	2	Ate	56	X M	PC	Peso	N	N	TUMOR MALIGNO DE MAMA	P D X		C509
	24689054				M X		Talla	X	X	ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA	P X R	1	96410
		4			D	Pab	Hb	R	R		P D R		

Ejemplo

Registro de dos o más sesiones de tratamiento con quimioterapia

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPT
											P D R	1° 2° 3°	
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_		
23	16789034	2	Ate	56	X M	PC	Peso	N	N	TUMOR MALIGNO DE MAMA	P D X		C509
	24689054				M X		Talla	X	X	ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA	P X R		96410
		4			D	Pab	Hb	R	R		P D R		

11.3. Registro de Tratamiento con Radioterapia

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

- En el primer casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda.
- En el segundo casillero registre el procedimiento de tratamiento con radioterapia o braquiterapia realizado:

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el primer casillero marque "R" diagnóstico repetido.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero no se aplica ningún registro.

- En el segundo casillero registre el número “1” solo al inicio del tratamiento de Radioterapia o Braquiterapia, los procedimientos posteriores de administración de Radioterapia o Braquiterapia no requieren registro LAB.

En el ítem: **Código CIE/CPT**

- En el primer casillero registre el siguiente el **Código CIE-10** del diagnóstico de cáncer que corresponda.
- En el segundo casillero registre el siguiente **Código CPMS** del tratamiento de Radioterapia o Braquiterapia, según corresponda.

Ejemplo:

Registro de inicio de tratamiento con Braquiterapia

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
												P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento:_/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
4	17893450	2	San Lorenzo	61	X / M	PC	Peso		N	N	**TUMOR MALIGNO DE PROSTATA**	P	D	X				**C61X**
	78945				M / F		Talla		X	X	**BRAQUITERAPIA**	P	X	R	**1**			**77501**
		7			D	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

Ejemplo:

Registro de dos o más sesiones de tratamiento con Radioterapia Externa

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
												P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento:_/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
4	17893450	2	San Lorenzo	61	X / M	PC	Peso		N	N	**TUMOR MALIGNO DE PROSTATA**	P	D	X				**C61X**
	78945				M / F		Talla		X	X	**RADIOTERAPIA EXTERNA**	P	X	R				**77305**
		7			D	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

11.4. Registro de Procedimientos quirúrgicos

Indicación del procedimiento quirúrgico

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

- En el primer casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda.
- En el segundo casillero registre el procedimiento de tratamiento quirúrgico a realizar.

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el primer casillero marque “R” diagnóstico repetido.
- En el segundo casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer y segundo casillero no se aplica ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT**

- En el primer casillero registre el siguiente el **Código CIE-10** del diagnóstico de cáncer que corresponda.
- En el segundo casillero registre el siguiente **Código CPMS** del procedimiento quirúrgico a realizar según corresponda:

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
												P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento:_/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X / M	PC	Peso		N	N	**TUMOR MALIGNO DE CUELLO UTERINO**	P	D	X				**C539**
	97565				M / X		Talla		X	X	**CIERRE DE FISTULA URETRO VAGINAL**	P	X	R				**57310**
		58			D	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

Primer control posoperatorio

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

- En el primer casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda.
- En el segundo casillero registre: "Visita de seguimiento posquirúrgico"

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el primer casillero marque "R" diagnóstico repetido.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero no se aplica ningún registro.
- En el segundo casillero registre el número "1" solo al inicio del seguimiento postquirúrgico.

En el ítem: **Código CIE/CPT**

- En el primer casillero registre el siguiente el **Código CIE-10** del diagnóstico de cáncer que corresponda.
- En el segundo casillero registre el siguiente **Código CPMS: 99024**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :								Fecha de Nacimiento:_/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	M	PC		Peso		N	N	**TUMOR MALIGNO DE CUELLO UTERINO**	P	D	R				**C539**
	97565				M			Talla		E	E	**SEGUIMIENTO POSQUIRÚRGICO**	P	D	R	**1**			**99024**
		58			D	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

12. ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

Definición Operacional. - Este producto se desarrolla para atender a los pacientes oncológicos en cualquier estadio de la enfermedad de cáncer (niño, adolescente/joven, adulto y adulto mayor) que requieren alivio de síntomas físicos producidos por la enfermedad a través del tratamiento farmacológico y tratamiento de síntomas no físicos producidos por el impacto de la enfermedad para la mejora de su calidad de vida, cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad severa que limita o amenaza la vida, y que es potencialmente mortal, así como la asistencia del duelo; se justifica, previniendo y aliviando el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual asociados a la enfermedad. La atención también se proporciona a su entorno familiar y cuidadores

Este indicador permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso de la población que requiere cuidados paliativos oncológicos.
La atención del paciente es por oferta móvil (domiciliaria) y oferta fija en EESS (atención ambulatoria), oferta de Telesalud. Se brindará en los tres niveles de atención según la condición del paciente y la capacidad resolutiva. (I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E).

12.1. Atención en Cuidado Paliativo

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

- En el primer casillero registre "Atención Cuidados Paliativos".
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponde.

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "R" diagnóstico repetido.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre:
  - "1" cuando la atención de Cuidados Paliativos es en el EESS es de carácter ambulatoria.
  - "2" cuando la atención de Cuidados Paliativos es domiciliaria.

En el ítem: **Código CIE/CPT**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99489**
- En el segundo casillero registre el código CIE del diagnóstico de cáncer que corresponde.

Ejemplo:

Atención con cuidados Paliativos en el Establecimiento de salud

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X	M	PC		Peso		N	N	**ATENCIÓN CUIDADOS PALIATIVOS**	P	X	R	**1**			**99489**
	97565				M	X			Talla		X	X	**TUMOR MALIGNO DE CUELLO UTERINO**	P	D	X				**C539**
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

Ejemplo:

Atención con cuidados Paliativos en el Domicilio

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X	M	PC		Peso		N	N	**ATENCIÓN CUIDADOS PALIATIVOS**	P	X	R	**2**			**99489**
	97565				M	X			Talla		X	X	**TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO**	P	D	X				**C169**
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

12.2. Atención de Cuidados Paliativos a través de Brigadas de atención domiciliaria (Oferta móvil)

Se desarrolla a través de la formación de brigadas de atención domiciliaria integradas por un médico general o especialista, una enfermera/o general o especialista y un/a psicólogo/a general o especialista todos con capacitación en cuidados paliativos en una institución académica acreditada.

Brinda atención domiciliaria exclusivamente a los pacientes con enfermedad de cáncer en estadio avanzado de la enfermedad que requieren alivio de síntomas físicos producidos por la enfermedad a través del tratamiento farmacológico y tratamiento de síntomas no físicos producidos por el impacto de la enfermedad para la mejora de su calidad de vida, cuando afronta problemas inherentes a una enfermedad severa que limita o amenaza la vida, y que es potencialmente mortal, así como la asistencia del duelo; se justifica, previniendo y aliviando el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual asociados a la enfermedad. La atención se extiende a su entorno familiar y cuidadores.

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

- En el primer casillero registre "Atención cuidados paliativos: seguimiento del tratamiento y de los cuidados del paciente en el hogar".
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponde.

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "R" diagnóstico repetido.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero Lab de la primera actividad se registra "2" ya que la atención de Cuidados Paliativos en Brigadas es domiciliaria.
- En el Segundo casillero Lab de la primera actividad se registra el numero correspondiente al profesional que realice la actividad.

Valor Lab	Descripción
1	Médico general o Especialista
2	Psicólogo(a) general o Especialista.
3	Enfermero(a) general o Especialista.

En el ítem: **Código CIE/CPT**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99489.03**
- En el segundo casillero registre el código CIE del diagnóstico de cáncer que corresponde.

Ejemplo:

Atención en cuidados Paliativos por el médico especialista en brigadas de atención domiciliaria

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	VALOR LAB 1°	2°	3°	CÓDIGO CIE/CPT
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso	N	N	**ATENCIÓN CUIDADOS PALIATIVOS: SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO Y DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE EN EL HOGAR**	P	D	R	**2**	**1**		**99489,03**
	97565				M		Talla	E	E	**TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO**	P	D	R				**C169**
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

12.3. Atención de Cuidados Paliativos a través de la Oferta de Telesalud

Desarrollado por el personal de salud que conforman el equipo de cuidados paliativos oncológicos de los establecimientos de salud y de las brigadas de atención domiciliaria integradas por un médico general o especialista, una enfermera/o general o especialista y un/a psicólogo/a general o especialista todos con capacitación en cuidados paliativos en una institución académica acreditada, que hacen uso de los servicios de telemedicina, para la atención de los pacientes con enfermedad de cáncer en estadio avanzado de la enfermedad que requieren alivio de síntomas físicos producidos por la enfermedad a través del tratamiento farmacológico y tratamiento de síntomas no físicos producidos por el impacto de la enfermedad para la mejora de su calidad de vida, cuando afronta problemas inherentes a una enfermedad severa que limita o amenaza la vida, y que es potencialmente mortal, así como la asistencia del duelo; se justifica, previniendo y aliviando el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual asociados a la enfermedad. La atención se extiende a su entorno familiar y cuidadores.

Telemedicina

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

- En el primer casillero registre: "Atención Cuidados Paliativos" (en caso del personal del equipo de cuidados paliativos oncológicos del establecimiento de salud) o Atención cuidados paliativos: seguimiento del tratamiento y de los cuidados del paciente en el hogar" (en caso de brigadas de atención domiciliaria)
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponde.
- En el tercer casillero registre (según corresponda): Teleorientación Síncrona o Teleorientación Asíncrona, teleconsulta en línea o Teleconsulta fuera de Línea o telemonitoreo o teleinterconsulta síncrona o Teleinterconsulta Asíncrona.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque “R” diagnóstico repetido.
- En el tercer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero de la primera actividad, registrar: “1” cuando la atención de Cuidados Paliativos es realizado por el personal del equipo de cuidados paliativos oncológicos del establecimiento de salud), “2” cuando la atención de Cuidados Paliativos es realizado por las brigadas de atención domiciliaria.
- En el segundo casillero Lab de la primera actividad se registra el numero correspondiente al profesional que realice la actividad.

Valor Lab	Descripción
1	Médico general o Especialista
2	Psicólogo(a) general o Especialista.
3	Enfermero(a) general o Especialista.

- En el primer casillero de la tercera actividad, registre únicamente si la atención se realizó mediante teleinterconsulta síncrona o teleinterconsulta asíncrona. La IPRESS Consultante registra 1, y de ser una IPRESS Consultora registra 2.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPMS: **99489(**en caso del personal del equipo de cuidados paliativos oncológicos del establecimiento de salud**) o 99489.03 (**Atención cuidados paliativos: seguimiento del tratamiento y de los cuidados del paciente en el hogar” ;en caso de brigadas de atención domiciliaria)
- En el segundo casillero registre el código CIE del diagnóstico de cáncer que corresponde.
- En el tercer casillero registre el siguiente código CPMS: 99499.08 (Teleorientación Síncrona) o 99499.09(Teleorientación Asíncrona), 99499.01 (Teleconsulta en línea) o 99499.03 (Teleconsulta fuera de Línea) o 99499.10 (Telemonitoreo) o 99499.11 (Teleinterconsulta síncrona) o 99499.12(Teleinterconsulta Asíncrona).

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE/CPT
											P D R	1° 2° 3°	
Nombres y Apellidos del paciente :							Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_		
3	26783450	2	Ate	15	X / M	PC	Peso	N	X	**DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER INFANTIL**	P X R		**99201.03**
	12379				M / X		Talla	X	C		P D R		
		58			D / X	Pab	Hb	R	R		P D R		

13. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER INFANTIL

Consulta ambulatoria que realiza el médico en la consulta externa que incluye la anamnesis, exploración clínica completa, identificación de signos y síntomas asociados a la detección temprana del cáncer infantil, a paciente de 0 a 17 años, en el primer nivel de atención de salud, según lo establecido en la Resolución Ministerial N° 149-2020/MINSA, Directiva Sanitaria N° 090-MINSA/2020/DGIESP "Directiva Sanitaria para la detección temprana y atención de cáncer en el niño y adolescente”, o la que haga sus veces.

13.1. Detección temprana de cáncer Infantil en consulta externa

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre "Detección Temprana de Cáncer Infantil"

En el ítem: Tipo de diagnóstico
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer no se aplica ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT**
- En el primer casillero registre el siguiente el **Código CPMS: 99201.03**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	X	M	PC		Peso		N	N	**DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER INFANTIL**	P	X	R				**99201.03**
	97565				M	F			Talla		X	C		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

13.2. Detección temprana de cáncer Infantil en consulta externa referido a un hospital o instituto de mayor complejidad

Todo niño o adolescente con diagnóstico de posible cáncer o enfermedad muy grave se refiere en un tiempo no mayor a setenta y dos (72) horas a un establecimiento de salud del tercer nivel de atención que brinde tratamiento de cáncer en niños y adolescentes. En su defecto, se refiere el caso a un establecimiento del tercer nivel que cuente con servicio de pediatría.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
- En el primer casillero registre "Detección Temprana de Cáncer Infantil"

En el ítem: Tipo de diagnóstico
- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
- En el primer casillero Lab registre "RF" que indica que el paciente fue referido a un hospital o instituto de mayor complejidad.

En el ítem: **Código CIE/CPT**
- En el primer casillero registre el siguiente el **Código CPMS: 99201.03**

Ejemplo:

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC. / ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO	EDAD		SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA		ESTA-BLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
														P	D	R	1°	2°	3°	
Nombres y Apellidos del paciente :									Fecha de Nacimiento: _/_/_				Fecha última de Hb: _/_/_	Fecha de última regla: _/_/_						
3	26783450	2	Ate	15	X	M	PC		Peso		N	N	**DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER INFANTIL**	P	X	R	**RF**			**99201.03**
	12379				M	F			Talla		X	C		P	D	R				
		58			D		Pab		Hb		R	R		P	D	R				

PERÚ Ministerio de Salud

Av. Salaverry 801 - Jesus Maria
Lima - Perú
Telef:(511) 315-6600
https://www.gob.pe/minsa

EL CÁNCER NO AVISA