

REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

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

2012

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

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

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

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

A. ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, pertenencia étnica, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento y servicio (ítems 7 al 16) se registran siguiendo las indicaciones planteadas en el capítulo de Aspectos Generales del presente Documento Técnico.

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

P: (Diagnóstico presuntivo) Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.

D: (Diagnóstico definitivo) Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.

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

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

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

Cualquier sugerencia por favor remitirla a los correos:

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

MALARIA

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

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

FEBRILES SOSPECHOSOS DE MALARIA

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

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

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

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

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

En el ítem: **Lab** anote

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

Si es examen con Gota Gruesa

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

Si es examen con Tira Reactiva

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

Si el febril es un colateral, anote:

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero registre **CE** de colateral examinado
- En el 2º casillero registre el número de muestra 1, 2... según corresponda.

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

Si la paciente es una gestante, anote:

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

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

En los casos probables, anote:

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

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

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

- En el 1º casillero "P"

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	P	D	R		B54X
						C	C	2.	P	D	R			
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

CASOS NUEVOS DE MALARIA

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote el número de muestra 1, 2... Según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P		R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P		R		B509
								2. Evaluación y entrega de resultado Dx.	P		R	1	U2622	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

13	24424	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Mixta	P	☒	R		B538
	☒					☒	2. Evaluación y entrega de resultado Dx.	P	☒	R	1	U2622		
	☒					R	R	3.	P	D	R			

13	17141	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	☒	R		B519
	☒					☒	2. Evaluación y entrega de resultado Dx.	P	☒	R	1	U2622		
	☒					R	R	3.	P	D	R			
7145826														

Cuando el resultado es negativo

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote el número de muestra 1, 2... según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P		R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultado Dx.	P	☒	R	1	U2622
	☒					☒	2. Infección de vías urinarias	P	☒	R		N390		
	☒					R	R	3.	P	D	R			

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

Si el caso de Malaria corresponde a un colateral

En el ítem: **Laboratorio** anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R			
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	☒	R	CE	B519
	☒						☒	2. Evaluación y entrega de resultado Dx.	P	☒	R	1	U2622	
	06252348						☒	☒	3.	P	D	R		

Si el caso es una gestante, anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	☒	R		B519
	☒						☒	2. Evaluación y entrega de resultado Dx.	P	☒	R	1	U2622	
	06252348						☒	☒	3.	P	D	R	G	

En la evaluación y entrega de resultados de muestra de diagnóstico

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P				
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	☒	R		B509
	☒						☒	2. Evaluación y entrega de resultado Dx.	P	☒	R	1	U2622	
	06252348						☒	☒	3.	P	D	R		

CUANDO ES ALTA DEL PACIENTE, anote:

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

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

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

En el caso de Malaria Vivax con dos exámenes de control

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT						
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P		R								
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	☒	R	PA	B519						
	2. Evaluación y entrega de resultado de G.G. de control								P	☒	R	2	U2623							
	06252348																			
						☒	R	R	3.	P	D	R								

En el caso de malaria Falciparum con tres exámenes de control

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	D	R	PA	B509
								2. Evaluación y entrega de resultado de G.G. de control	P	D	R	3	U2623	
	06252348								3.	P	D	R		

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

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

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

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

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

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

En el ítem: Laboratorio anote

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

Administración de tratamiento para MALARIA VIVAX

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	D	R		B519
						C	C	2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

En el caso de MALARIA VIVAX en gestante, anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	D	R		B519
								2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310	
	06252348								3.	P	D	R	G	

Administración de tratamiento para MALARIA FALCIPARUM

En los Pacientes de la Costa

Se consideran tres tipos de tratamiento;

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									☐	☐	☐		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	D	☒		B509
	☒						☒	2. Administración de tratamiento 1° línea	P	☒	R	1	U3111	
	06252348						☒	R	R	3.	P	D	R	

Administración de tratamiento para MALARIA FALCIPARUM en gestantes

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									☐	☐	☐		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	D	☒		B509
	☒						☒	2. Administ. de tratamiento 3° línea	P	☒	R	1	U3113	
	R						R	3.	P	D	R	G		
	06252348					☒								

En los Pacientes de Zona Amazónica

Se consideran dos tipos de Tratamiento

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	☒		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	D	☒	AC	B509
	☒						☒	2. Administ. de tratamiento 2º línea	P	☒	R	1	U3112	
	06252348						☒	R	R	3.	P	D	R	

Administración de tratamiento para MALARIA MALARIAE

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria sin complicaciones	P	D	R		B529
									2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310
									3.	P	D	R		
	06252348						R	R		P	D	R		

Administración de tratamiento para MALARIA MIXTA

D/A	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Mixta	P	D	R		B538
	C						C	2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	D	R		B519
	C					C	2. Administración de tratamiento	P	D	R	6	U310		
	R					R	3.	P	D	R	G			
	06252348					F								

En el caso de las puérperas se administra primaquina, anote

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	D	R		B519
	06252348			C		C	2. Administración de tratamiento	P	D	R	5	U310		
				R		R	3.	P	D	R	P			

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

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque

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

En el ítem: **Laboratorio**, anote

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	D	R		B519
	C					C	2. Toma de muestra de control	P	D	R	1	U2143		
	R					R	3.	P	D	R				
	06252348					P	R	R		P	D	R		

CASOS DE RECIDIVA

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

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

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

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	D	R		B509
	C						C	2. Evaluación y entrega resultado muestra de control	P	D	R	3	U263	
	R						R	3. Recidiva	P	D	R		U326	

CASOS DE REINFECCIÓN

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

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote:

- En el 1º casillero la sigla “R” de Reinfección
- En el 2º casillero el número de la muestra (1.....) según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	☐	R	R	B509
	☐						☐	2. Evaluación y entrega resultados BK	P	☐	R	1	U266	
	06252348						☐	R	R	3.	P	D	R	

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

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

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero registre (1, 2) según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	P	D	R		B519
	C						C	2. Atención de enfermería	P	D	R	1	U148	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

CENSO DE COLATERALES

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

Marque C en establecimiento y C en servicio

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

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

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

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

CUANDO SE HACE EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	P	D	R		B54X
	C						C	2. Censo de colateral	P	D	R		U157	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

CUANDO SE HACE EN EL DOMICILIO

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero AE de actividad extramural

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	P	D	R	AE	B54X
	C						C	2. Censo de colateral	P	D	R		U157	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

EN EL COLATERAL EXAMINADO

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD														
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	☒	D	R	CE	B54X	
	06252348									2.	P	D	R		
											3.	P	D	R	

QUIMIOPROFILAXIS

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

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

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

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

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

En el ítem: Laboratorio anote;

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria Vivax	☒	D	R		B519
	06252348						☒	☒	2. Quimioprofilaxis	P	☒	R	1	U250
							☒	R	R	3.	P	D	R	G

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									☐	☐	☐		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Malaria no especificada	☒	D	R		B54X
	☒					☒	2. Quimioprofilaxis	☐	☒	R	1	U250		
	☒					R	R	3.	☐	D	R	ST		

- "M"** cuando es el Personal Militar

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Malaria no especificada	P	D	R		B54X
	C					C	2. Quimioprofilaxis	P	D	R	1	U250		
	06252348					F	R	R	3.	P	D	R	M	

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIAMARÍLICOS

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Vómito	P	☒	R		R11X
	☒						☒	2. Reacción adversa droga antipalúdica	P	☒	R		Y412	
	06252348						☒	☒	R	R	3.	P	D	R

FIEBRE AMARILLA

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

EN LA LOCALIZACIÓN DE CASOS

En la consulta externa, anote:

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

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

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

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

En el ítem: Laboratorio, anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla no especificada	P	D	R		A959
						C	C	2. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

En la Comunidad, anote:

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

En el ítem: Laboratorio anote **AE** de Actividad Extramural

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla no especificada	P	D	R	AE	A959
	06252348			C		C	2.	P	D	R				
				F		R	R	3.	P	D	R			

EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

Si el Resultado es Positivo

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									☐	☐	☐		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	☒	N	N	1. Fiebre amarilla selvática	P	☒	R		A959
	06252348					☒	C	C	2. Evaluación de resultado Dx. De fiebre amarilla	P	☒	R	1	U2628
							F	R	R	3.	P	D	R	

Si el Resultado es Negativo

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Evaluación de resultado Dx. de fiebre amarilla	P	D	R	1	U2628
	C					C	2.	P	D	R				
	F					R	R	3.	P	D	R			

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

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

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque en el 1º casillero “D”

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla no especificada	P	B	R		A959
	C					C	2. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142		
	F					R	R	3.	P	D	R			

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE

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

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

En el ítem: **Tipo de diagnóstico**

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	F		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla selvática	P	D	F		A959
	C						C	2. Administración de tratamiento (soporte)	P	D	R	1	U310	
	06252348													
						F	R	R	3.	P	D	R		

ALTA DEL PACIENTE, anote:

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

- En el 1º casillero el tipo de Fiebre Amarilla

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero marque “R”

En el ítem: Laboratorio anote

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Fiebre amarilla selvática	P	D	R	PA	A959
	06252348					C	C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

DENGUE

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

FEBRIL IDENTIFICADO DE DENGUE

Anote:

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

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

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

En el DENGUE CLÁSICO

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue clásico	P	D	R		A90X
	06252348					C	C	C	2. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142
						F	R	R	3.	P	D	R		

En el DENGUE HEMORRÁGICO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue hemorrágico	P	D	R		A91X
						C	C	2. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142	
	06252348					F	R	R	3.	P	D	R		

Casos Probables de Dengue Clásico con manifestaciones Hemorrágicas

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue hemorrágico	P	D	R		A91X
						C	C	2. Fiebre viral con manifestaciones hemorrágicas	P	D	R		A99X	
	06252348						R	R	3. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142

En los Casos Confirmados

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue clásico	P	D	R		A90X	
	06252348					C	C	2. Evaluación y entrega de resultado de Dx. de dengue	P	D	R	1	U2625		
						F	R	R	3.	P	D	R			

Si el resultado es negativo

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultado de Dx. de dengue	P	D	R	1	U2625
	C					C	2.	P	D	R				
	06252348					F	R	R	3.	P	D	R		

Si la atención se da a una gestante o puérpera

En el ítem: **Laboratorio** anote

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

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

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

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

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

D/A	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue clásico	P	D	R		A90X
	E					E	2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310		
	06252348					F	R	R	3.	P	D	R		

Quando el caso de Dengue Hemorrágico es derivado al hospital

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

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

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Dengue clásico	P	D	R		A90X
	E					E	E	2. Derivado	P	D	R		U328	
	06252348					F	R	R	3.	P	D	R		

BARTONELOSIS

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
A440	Bartonelosis Aguda o Hemática	U325	Fracaso al tratamiento
A441	Bartonelosis Crónica o Verrucosa	U2627	Evaluación y entrega de muestra de diagnóstico de Bartonelosis
A4482	Bartonelosis Grave y complicada	Y4183	Reacción Adversa medicamentos anti Bartonelosis
A449	Bartonelosis sin especificación	U0090	Actividades de Bartonelosis
R5091	Febril sospechoso		
U2142	Toma de Muestra de diagnóstico		

EN LA LOCALIZACIÓN DE CASOS

Considerar:

FEBRIL

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

Anote de la siguiente manera:

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem: Laboratorio anote

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis sin especificación	P D R		A449
	06252348					F	C	C	2. Febril	P D R		R5091
							R	R	3. Toma de muestra de Dx.	P D R	1	U2142

Si es un colateral, anote:

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero CE de contacto examinado

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis sin especificación	P D R	CE	A449
	06252348					F	C	C	2. Febril	P D R		R5091
							R	R	3. Toma de muestra de Dx.	P D R	1	U2142

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis sin especificación	P	D	R	G	A449
	C						C	2. Febril	P	D	R		R5091	
	R						R	3. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142	

CASOS CONFIRMADOS CON BARTONELOSIS AGUDA Y CRÓNICA VERRUCOSA

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

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	C					C	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R	1	U2627		
	06252348													

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

13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis grave o complicada	P	D	R		A4482
	C					C	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R	1	U2627		
	F					R	R	3.	P	D	R			

Si el caso de Bartonelosis es un colateral, anote:

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero CE Colateral Examinado

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R	CE	A440
	C						C	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R	1	U2627	
	06252348													



PERÚ

Ministerio
de Salud

Oficina General
de Estadística e Informática

Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades
Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis crónica verrucosa	P	D	R	CE	A441
	06252348					E	C	C	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R	1	U2627
						F	R	R	3.	P	D	R		

Si el caso es una gestante, anote:

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	06252348					E	C	C	2. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R	1	U2627
						F	R	R	3.	P	D	R	G	

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

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

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R		U2627
	06252348					E	C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

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

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

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R	CE	U2627
	06252348					E	C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Evaluación y entrega de resultados muestra Dx. Bartonelosis	P	D	R	G	U2627
	06252348					E	C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

CASOS PROBABLES

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	C					C	2. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142		
	06252348					F	R	R	3.	P	D	R		

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

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

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

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

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
						C	C	2. Administración tratamiento 1° línea	P	D	R	1	U3111	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
						C	C	2. Administración tratamiento 2° línea	P	D	R	1	U3112	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	☒		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	☒		A440
	☒						☒	2. Administración tratamiento 1° línea	P	☒	R	1	U3112	
	06252348						☒	☒	3.	P	D	R	G	

Tratamiento de Bartonelosis Aguda Grave Complicada 1ra. Línea

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	☒		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda grave complicada	P	D	☒		A4482
	☒						☒	2. Administración tratamiento 1° línea	P	☒	R	1	U3111	
	06252348						☒	R	R	3.	P	D	R	

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda grave complicada	P	D	☒		A4482
	☒						☒	2. Administración tratamiento 1° línea	P	☒	R	1	U3111	
	06252348						☒	☒						
						☒	R	R	3.	P	D	R	G	

Tratamiento de Bartonelosis Aguda Grave Complicada 2da. Línea

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda grave complicada	P	D	☒		A4482
	06252348		☒	☒		2. Administración tratamiento 2° línea	P	☒	R	1	U3112			
			☒	R		R	3.	P	D	R				

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	☒		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda grave complicada	P	D	☒		A4482
	☒						☒	2. Administración tratamiento 2° línea	P	☒	R	1	U3112	
	06252348						☒	☒	3.	P	D	R	G	

Tratamiento de Bartonelosis Crónica Verrucosa: 1ra. Línea

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

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

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

Tratamiento de Bartonelosis Crónica Verrucosa: 2da. Línea

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

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

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

CENSO DE COLATERALES

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

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

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

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

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

- En el 1° casillero marque “P”
- En el 2° casillero marque “D”

Quando se hace en el establecimiento de salud

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									☐	☐	☐		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	☒	D	R		A440
	☒						☒	2. Censo de colateral	☒	☒	R		U157	
	06252348						☒	☒	3.	☒	D	R		

Quando se hace en el domicilio

En el ítem: **Laboratorio** anote

- En el 1º casillero AE de actividad extramural

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R	AE	A440
	06252348						2. Censo de colateral	P	D	R		U157		
								3.	P	D	R			

En el colateral examinado

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

- En el 1º casillero el tipo de Bartonelosis

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

- En el 1º casillero marque "P"

En el ítem: Laboratorio anote CE colateral examinado

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis asintomática	☒	D	R	CE	A449
	☒						☒	2.	P	D	R			
	☒						☒	3.	P	D	R			

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIBARTONELOSICOS

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									☐	☐	☐		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Ictericia	P	☐	R		R17X
	☐						☐	2. RAM Antibartonelosis	P	☐	R		Y4183	
	R						R	3.	P	D	R			
	06252348					☐								

FRACASO AL TRATAMIENTO ANTIBARTONELOSICO

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

- En el 1º casillero el tipo de Bartonelosis

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

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

En el tratamiento de 1ra. Línea, anote en el ítem Laboratorio. El número 1

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	C						C	2. Fracaso al tratamiento	P	D	R	1	U325	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
									2. Fracaso al tratamiento	P	D	R	2	U325
	06252348									3.	P	D	R	

LEISHMANIASIS

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

TOMA DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

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

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R		B551
	C						C	2. Toma de muestra de Dx.	P	D	R	1	U2142	
	R						R	3.	P	D	R			
	06252348					F								

EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

Si el resultado es Positivo

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio**, anote

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

Si es confirmado por examen serológico, anote:

En el ítem: **Código, U2624**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R		B552
	C						C	2. Evaluación de resultado de Dx. De Leishmaniasis	P	D	R	1	U2624	
	06252348													

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

En el ítem: **Código, U2622**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R		B552
	C					C	C	2. Evaluación de resultado de gota gruesa	P	D	R	1	U2622	
	F					R	R	3.	P	D	R			

Si es confirmado por cultivo, anote:

En el ítem: **Código, Z111**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R		B552
	C					C	C	2. Evaluación de resultado de cultivo	P	D	R	1	Z111	
	06252348								F	R	R	3.	P	D

Si es confirmado por Biopsia, anote:

En el ítem: Código, U2613

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R		B552
	C						C	2. Evaluación de resultado de biopsia	P	D	R	1	U2613	
	06252348							R	R	3.	P	D	R	

Si el resultado es negativo

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M F	N	N	2. Evaluación de resultado de Dx. De Leishmaniasis	P	D	R	1	U2624
	C						C	2.	P	D	R			
	R						R	3.	P	D	R			

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

Considerar para:

- Leishmaniasis Cutánea 20 dosis
- Leishmaniasis Muco cutánea 30 dosis

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

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

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

En la Leishmaniasis Mucocutánea: 1º Ciclo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	F		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M F	N	N	1. Leishmaniasis Mucocutánea	P	D	F		B552
	C						C	2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310	
	R						R	3.	P	D	R			

En la Leishmaniasis Cutánea: 1º Ciclo

D/A	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R		B551
	06252348						C	C	2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310
								R	R	3.	P	D	R	

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R		B551
	C						C	2. Administración de tratamiento	P	R	R	1	U3131	
	06252348													

D/A	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R		B552
	C						C	2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U3131	
	06252348													

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R		B551
	C						C	2. Administración de tratamiento 2º fase	P	D	R	1	U3132	
	06252348									R	R	3.	P	D

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	R		B552
	C						C	2. Administración de tratamiento 2º fase	P	D	R	1	U3132	
	06252348									R	R	3.	P	D

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTILEISHMANIASIS

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Erupción cutánea generalizada (Rash)	P	D	R		L270
	C					C	2. RAM Antileishmaniasis	P	D	R		Y4182		
	F					R	R	3.	P	D	R			
06252348														

ENFERMEDAD DE CHAGAS

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
B571	Enfermedad de Chagas aguda	B574	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al sistema nervioso
B572	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al corazón	B575	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta otros órganos
B5721	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al corazón Incipiente	B576	Enfermedad de Chagas congénito
B5722	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al corazón Sintomático	B759	Enfermedad de Chagas (crónica) Indeterminado
B573	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al sistema digestivo	U2629	Evaluación y entrega de resultados de chagas
B5731	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al sistema digestivo Incipiente	Y4181	Reacción Adversa a medicamentos antichagásicos
B5732	Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al sistema digestivo Sintomático	U0092	Actividades de Chagas

LOCALIZACIÓN DE CASO

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

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571
	C					C	2. Toma de muestra para Dx.	P	D	R	1	U2142		
	06252348					F	R	R	3.	P	D	R		

EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

Si el resultado es Positivo

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote:

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

Si es confirmado por examen serológico, anote

En el ítem: **Código, U2629**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571
	C					C	C	2. Evaluación y resultados Dx. De chagas	P	D	R	1	U2629	
	F					R	R	3.	P	D	R			
06252348														

Si es confirmado por Inmunodiagnóstico

En el ítem: **Código, Z018**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M C F	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571
	C						C	2. Otros exámenes especiales especificados	P	D	R	1	Z018	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

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

En el ítem: **Código, Z119**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M C F	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571
	C						C	2. Evaluación y resultados examen parasitológico	P	D	R	1	Z119	
	06252348									R	R	3.	P	D

Si el resultado es Negativo

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote: el número de la muestra 1.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1 Evaluación y resultados Dx. De chagas	P	D	R	1	U2629
	C					C	2.	P	D	R				
	06252348							3.	P	D	R			

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

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

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote

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

En el Tratamiento Sintomático

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571
	2. Administración tratamiento 1° línea								P	D	R	1	U310	
									3.	P	D	R		

En el Tratamiento Etiológico

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD														
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571	
	C								C	2. Administración tratamiento	P	D	R	1	U310
	06252348											F	R	R	3.

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

En el Tratamiento de Chagas congénito

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas congénito	P	D	R		B576
	06252348						C	C	2. Administración tratamiento	P	D	R	1	U310
							F	R	R	3.	P	D	R	

En el Tratamiento de Chagas Crónico Indeterminado

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas crónico indeterminado	P	D	R		B575
	06252348			C		C	2. Administración tratamiento	P	D	R	1	U310		
				F		R	R	3.	P	D	R			

EN LA TOMA DE MUESTRA DE CONTROL

Considerar lo siguiente:

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

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

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571
	06252348			C		C	2. Toma de muestra de control	P	D	R	1	U2143		
				F		R	R	3.	P	D	R			

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

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO ANTICHAGÁSICO

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Anorexia	P	D	R		R630
	06252348						C	C	2. RAM Antichagásico	P	D	R		Y4181
							R	R	3.	P	D	R		

ABANDONOS RECUPERADOS

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

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

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571
	C					C	2. Abandono recuperado	P	R	R		U324		
	06252348					F	R	R	3.	P	D	R		

CASO CURADO

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

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

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R	PA	B571
	C					C	2. Evaluación resultado muestra de control	P	D	R	5	U263		
	F					R	R	3.	P	D	R			
	06252348													

RESISTENCIA (FRACASO DE TRATAMIENTO)

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

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

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

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

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

En el ítem: **Laboratorio** anote:

- En el 2º casillero el número de muestra

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Enfermedad Chagas aguda	P	D	R		B571
	06252348								2. Evaluación resultado muestra de control	P	D	R	1	U263
									3. Fracaso de tratamiento	P	D	R		U325

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

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

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

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

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
08	APP108			Tumbes		M	N	N	1. Tamizaje Serológico	P	D	R	22	U218
	C						C	2. Actividades de Chagas	P	D	R		U0092	
	R						R	3.	P	D	R			

Cuando es en Gestante, anote:

En el ítem: **Laboratorio**, anote

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
08	APP108			Tumbes		M	N	N	1. Tamizaje Serológico	P	D	R	22	U218
	C						C	2. Actividades de Chagas	P	D	R	G	U0092	

B. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES (APP)

Visita Familiar Integral (99344)

Definición Operacional: Actividad de salud dirigida a la persona y/o familia en su domicilio, con el fin de realizar el seguimiento y control del daño, recoger información a través de la ficha familiar (que servirá como insumo para identificar a las familias que serán intervenidas según sector determinado), ficha de autodiagnóstico y evaluación de las familias.

En esta actividad se elabora el:

Plan Familiar

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

Se determina el tipo de riesgo y su posterior seguimiento:

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

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

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero “R”

En el ítem: Lab, anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M E F	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	C						C	2. Visita familiar integral	P	D	R	1	U153	
	R						R	3. Plan familiar de alto riesgo	P	D	R	1	U721	

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Malaria Falciparum	P	D	R		B509
	E					E	E	2. Visita familiar integral	P	D	R	1	U153	
	F					R	R	3. Plan familiar de alto riesgo	P	D	R	1	U721	
	06252348													

Cuando se hace Seguimiento al Plan Familiar

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 2, 3... según corresponda.
- En el 3º casillero deje en BLANCO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25ª	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440
	C						C	2. Visita familiar integral	P	D	R	2	U153	
	R						R	3. Plan familiar de alto riesgo	P	D	R		U721	
	06252348					F								

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

Cuando se termina con el plan familiar

En el ítem: **Lab**, anote:

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda o hemática	P	D	R		A440	
	06252348							C	C	2. Visita familiar integral	P	D	R	4	U153
									R	R	3. Plan familiar de alto riesgo	P	D	R	TA

VISITA COMUNITARIA

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

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

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

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

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

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

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

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
08	APP108			Tumbes		M	N	N	1. Visita comunitaria	P	D	R	2	U158
							C	C	2. Actividades de Fiebre Amarilla	P	D	R		U0091
						F	R	R	3.	P	D	R		

Sesión Demostrativa (C0010)

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

Registre de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la sesión
- En el 2º casillero deje en BLANCO.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
08	APP 100			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión demostrativa	P	D	R	15	C0010
	C						C	2. Actividades de Dengue	P	D	R		U0089	

Sesión Educativa (C0009)

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

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

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la sesión
- En el 2º casillero deje en BLANCO.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D			
08	APP93			San Martín de Porres		M	N	N	1. Sesión Educativa	P	D	R	12	C0009
	C						C	2. Actividades de Leptospirosis	P	D	R		U0094	

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Caso Probable y Confirmado de Bartonelosis Aguda

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

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

Caso de Bartonelosis Crónica Verrucosa

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