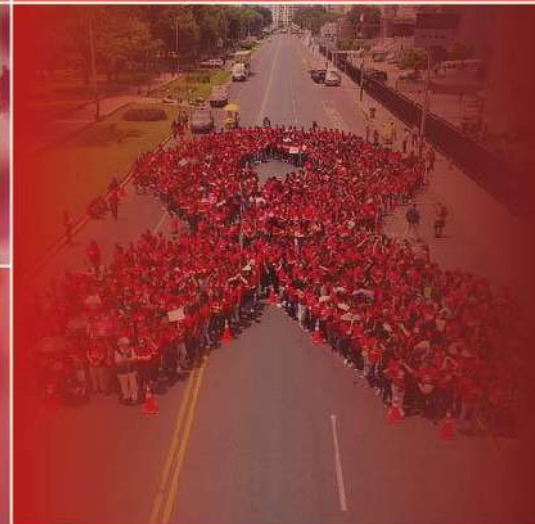
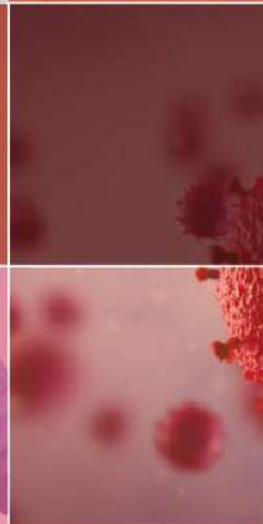
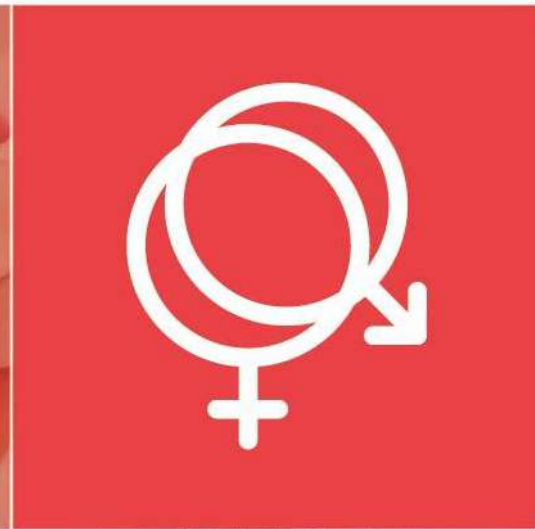




Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis - DPVIH



PERÚ

Ministerio
de Salud

Siempre
con el pueblo



BICENTENARIO
PERÚ 2021





Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis - DPVIH

Sistema de Información HIS

2023



Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Manual de registro y codificación de las actividades de la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis – DPVIH. Sistema de Información HIS / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis. Oficina General de Tecnologías de la Información - Lima: Ministerio de Salud; 2023.
81 p. ilus.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA / IDENTIDAD DE GÉNERO / SISTEMAS DE INFORMACIÓN / SISTEMA DE REGISTROS / CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL / SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA / SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD / CODIFICACIÓN CLÍNICA / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / SISTEMAS DE REGISTROS MÉDICOS COMPUTARIZADOS

Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis – DPVIH. Sistema de Información HIS.

Ministerio de Salud/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis - Oficina General de Tecnología de la Información (MINSa/ DGIESP/DPVIH-OGTI)

Equipo Técnico de la Dirección de Prevención y Control de VIH/SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis:

Dr. Carlos Manuel Benites Villafane, Director ejecutivo, DGIESP/DPVIH
 Dra. Rosa Liduvina Terán Robles, Equipo Técnico, DGIESP/DPVIH
 Dra. Nataly Romero Avalos, Equipo Técnico DGIESP/DPVIH
 Blga Claudia Jeannette Silva Moreno, Equipo Técnico, DGIESP/DPVIH
 Ing. Jorge Eduardo Castillo Carbajal, Equipo Técnico DGIESP/DPVIH
 Ing. Jorge Luis Cóndor Mateo, Consultor, DGIESP/DPVIH
 Lic. Álvaro García Córdova, Equipo Técnico, DGIESP/DPVIH
 Lic. Milagros Guardamino Jáuregui, Equipo Técnico, DGIESP/DPVIH
 Lic. Miguel Ángel Morales Rojas, Equipo Técnico, DGIESP/DPVIH
 Lic. Emilio Olortegui Arango, Equipo Técnico, DGIESP/DPVIH
 Lic. Patricia Mardy Ruiz Pizarro, Equipo Técnico, DGIESP/DPVIH
 Lic. Ana Graciela Vera Vargas, Equipo Técnico, DGIESP/DPVIH
 Obsta. Marvin Kelly Morales Miranda, Equipo Técnico, DGIESP/DPVIH
 Obsta. Olga Saldaña Gálvez, Equipo Técnico, DGIESP/DPVIH
 QF. Karina Olimpia Loaiza Gonzales, Equipo Técnico, DGIESP/DPVIH
 Sr. Víctor Alberto Valle Villanueva, Equipo Técnico, DGIESP/DPVIH
 Srta. Irene Rosabel Matías Tapia, Equipo Técnico, DGIESP/DPVIH

Equipo Oficina General de Tecnologías de la Información

Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Director Ejecutivo, OGTI/OGEI
 Ing. Adhemir Reynel Bellido Delgado, Equipo Técnico, OGTI/OGEI
 Ing. Aldo Enrique Balta Vilca, Equipo Técnico, OGTI/OGEI
 Psi. Sergio Gustavo Gómez Velarde, Equipo Técnico, OGTI/OGEI

Equipo de validación:

Direcciones Ejecutivas de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)
 Coordinadores/as de las DIRIS/DIRESA/GERESA de VIH, ITS y hepatitis virales

Diseño y diagramación

Lic. Julie Guillen Ramos, Equipo Técnico, OGTI/OGEI

©MINSa, enero, 2023

Ministerio de Salud

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

1ª Edición, enero 2023

Versión digital disponible: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSa/7498.pdf>





Kelly Roxana Portalatino Ávalos
Ministra de Salud

Joel Candía Briceño
Viceministro de Salud Pública

Dionisio Ignacio Poma Poma
Viceministro de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Loly Wider Herrera Lavado
Secretario General (e)

Alexis Manuel Holguín Ruíz
Director General de Intervenciones
Estratégicas en Salud Públicas

Melvin Ángel Gago Rodrigo
Director General de la Oficina General de
Tecnologías de la Información

Luis Pedro Valeriano Arteaga
Director Ejecutivo de la Oficina
Gestión de la Información

Carlos Manuel Benites Villafane
Director Ejecutivo
Dirección de Prevención y Control de VIH/SIDA,
Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis



PRESENTACIÓN

En el marco del Decreto Supremo N° 008-2017-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA, la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH), como órgano de línea de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es responsable de formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar la política sectorial para la prevención y control del VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis; dicta normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, realiza seguimiento y evaluación de las políticas planes y programas a cargo.

Las intervenciones de esta Dirección Ejecutiva están orientadas al cumplimiento de la Atención Integral de Salud de las personas afectadas por VIH, Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis mediante las intervenciones de promoción, prevención, manejo clínico y soporte; con enfoque salubrista y basado en género e interculturalidad.

Consideramos que el registro de las atenciones en la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, es de gran relevancia en el sistema de información para la consolidación, reporte y toma de decisiones que puedan responder a los problemas sanitarios.

En este contexto presentamos el Manual de Registro y Codificación de actividades en la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, para su difusión y homogenización de criterios en la recopilación y codificación de diagnósticos CIE 10 y Catálogo de procedimientos médicos y estomatológicos del Ministerio de Salud.



CONTENIDO

MANUAL DE REGISTROS DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS MÁS FRECUENTES	9
BASE LEGAL	12
CONSIDERACIONES GENERALES DEL REGISTRO HIS EN LA ATENCIÓN DE SALUD	14
REGISTRO PARA LA CONSEJERÍA PARA ITS (Sífilis, Hepatitis, Gonorrea y otros)	14
REGISTRO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTE	15
MODELO DEL REGISTRO DE ABORDAJE Y TAMIZAJES DE VIH, SÍFILIS Y HEPATITIS B	16
REGISTRO CUANDO LA ATENCIÓN SE REALIZA A POBLACIÓN EXTRANJERA	17
REGISTRO CUANDO LA ATENCIÓN SE REALIZA A POBLACIÓN INDÍGENA	17
ITS POR MANEJO SINDRÓMICO	18
ITS CON MANEJO ETIOLÓGICO	22
REGISTRO A UN CONTACTO DE ITS (Manejo Síndrómico o Etiológico)	25
TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL (SÍFILIS)	29
SÍFILIS CONGÉNITA	32
HEPATITIS B	34
HEPATITIS B CRÓNICA	37
TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL (HEPATITIS)	40
RECIÉN NACIDO EXPUESTO A HEPATITIS B	42
HEPATITIS C	43
TAMIZAJE PARA HEPATITIS C	43
ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA HEPATITIS C	45
VIH Y SIDA	48
TAMIZAJE PARA VIH	48
TAMIZAJE CON DETECCIÓN DE VIH POR ELISA	49
TAMIZAJE PARA VIH EN GESTANTES	51
CUANDO EL TAMIZAJE ES REALIZADO CON PRUEBAS RÁPIDAS DUALES	52
TAMIZAJE CON DETECCIÓN DE VIH POR ELISA EN GESTANTES	54
PACIENTE QUE RECIBE TAR E INICIA GESTACIÓN	55
GESTANTE SERODISCORDANTE	55
CONSEJERÍA DE SOPORTE A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH	59
PERSONA CON VIH-SIDA Y COINFECCIONES	60
TERAPIA PREVENTIVA PARA PERSONAS CON VIH	61
EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL	64
EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A VIH	64
EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL A VIH	65
Exposición Ocupacional para Hepatitis	69
ATENCIÓN PREVENTIVA DE ITS/VIH A POBLACIÓN CLAVE	73
TELEMEDICINA	78



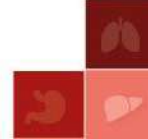
MANUAL DE REGISTROS DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS MÁS FRECUENTES

Código Diagnóstico	Código Diagnóstico
Diagnóstico VIH	
B230	Síndrome de infección aguda debida a VIH
B24X	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación
Z2061	Hijo de Madre infectada VIH
Z21X1	Infección por VIH sin SIDA
Z21X2	Infección Perinatal por VIH
Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) resultante en otras enfermedades.	
B200	Asociación VIH/SIDA-TBC
B201	Enfermedad por VIH, Resultante en otras Infecciones Bacterianas
B202	Enfermedad por VIH, Resultante en Enfermedad por Citomegalovirus
B203	Enfermedad por VIH, Resultante en otras Infecciones Virales
B204	Enfermedad por VIH, Resultante en Candidiasis
B205	Enfermedad por VIH, Resultante en otras Micosis
B206	Enfermedad por VIH, Resultante en Neumonía por Pneumocystis Jirovecii.
B207	Enfermedad por VIH, Resultante en Infecciones Múltiples
B208	Enfermedad por VIH, Resultante en otras Enfermedades Infecciosas o Parasitarias
B209	Enfermedad por VIH, Resultante en Enfermedad Infecciosa o Parasitaria no Especificada
B210	Enfermedad por VIH, Resultante en Sarcoma de Kaposi
B211	Enfermedad por VIH, Resultante en Linfoma de Burkitt
B212	Enfermedad por VIH, Resultante en otros Tipos de Linfoma no Hodgkin
B213	Enfermedad por VIH, Resultante en otros Tumores Malignos del Tejido Linfoide, Hematopoyetico y tejidos relacionados
B217	Enfermedad por VIH, Resultante en Tumores Malignos Múltiples
B218	Enfermedad por VIH, Resultante en otros Tumores Malignos
B219	Enfermedad por VIH, Resultante en Tumores Malignos no Especificados
B220	Enfermedad por VIH, Resultante en Encefalopatía
B221	Enfermedad por VIH, Resultante en Neumonitis Linfoide Intersticial
B222	Enfermedad por VIH, Resultante en Síndrome Caquético
B227	Enfermedad por VIH, Resultante en Enfermedades Múltiples Clasificadas en otra parte
B231	Enfermedad por VIH, Resultante en Linfadenopatía Generalizada (Persistente)
B232	Enfermedad por VIH, Resultante en Anormalidades Inmunológicas y Hematológicas, no Clasificadas en otra parte
B238	Resultante en otras afecciones especificadas
Otras enfermedades oportunistas en VIH	
A072	Criptosporidium
A073	Isosporiasis crónica
B451	Criptococosis cerebral
B582	Toxoplasmosis cerebral
Infecciones de Transmisión sexual	
Sífilis	
A510	Sífilis Primaria
A511	Sífilis Primaria Anal
A512	Sífilis Primaria en otros Sitios
A513	Sífilis secundaria de piel y membranas mucosas
A514	Otras Sífilis Secundarias
A515	Sífilis precoz Latente
A520	Sífilis Cardiovascular
A521	Neurosífilis Sintomática
A522	Neurosífilis Asintomática
A523	Neurosífilis no Especificada
A528	Sífilis Tardía, Latente
A530	Sífilis Latente, no Especificada como Precoz o Tardía
Gonorrea	
A540	Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior
A542	Pelvipéritonitis gonocócica y otras infecciones gonocócicas genitourinarias
A548	Otras infecciones gonocócicas
A549	Gonorrea, no especificada
Clamidia	
A55X	Linfogranuloma (venéreo) por clamidias
A560	Infección del tracto genitourinario inferior debida a clamidias
A561	Infección del pelvipéritoceo y otros órganos genitourinarios debida a clamidias
A562	Infección del tracto genitourinario debidas a clamidias, sin otra especificación
A568	Infección de transmisión sexual de otros sitios debida a clamidias
Trichomoniasis	
A590	Tricomoniasis urogenital
A598	Tricomoniasis de otros sitios
Otras infecciones de transmisión sexual	
A57X	Chancro Blando (Chancroide, Ulcus molle)
A58X	Granuloma Inguinal (Donovanosis)
A600	Infección anogenital debida a virus de herpes simple



Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico
	(Herpes Genital Simple)		Transmisión Materno Infantil
A630	Verrugas (Venéreas) Anogenitales (Condiloma Acuminado)	O984	Hepatitis viral que complica el embarazo, el parto y el puerperio (Especificar tipo de Hepatitis, B, C)
B081	Molusco Contagioso	O987	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio
B373	Candidiasis de la vulva y de la vagina (Candidiasis Vaginal)	O981	Sífilis que complica el embarazo, el parto y el puerperio
B853	Pediculosis del Pubis	A509	Sífilis congénita
B968	Vaginosis Bacteriana		Exposición Ocupacional y No Ocupacional
Síndromes en Infecciones de transmisión sexual		Z5781	Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos (VIH)
A64X1	Síndrome de Bubón Inguinal	Z202	Contacto con y exposición a enfermedades infecciosas con un modo de transmisión predominantemente sexual
A64X4	Síndrome de Úlcera Genital		
A64X5	Síndrome de Dolor Abdominal Bajo		
A64X6	Síndrome de Secreción Uretral		
A64X7	Proctitis		
A64X9	Síndrome de Flujo Vaginal		
N72X	Cervicitis		
Z113	Examen de pesquisa especial para Infecciones de Transmisión predominantemente sexual (AMP)		
Hepatitis B			
B160	Hepatitis Aguda Tipo B, con Agente Delta (Coinfección), con Coma Hepático		
B161	Hepatitis Aguda Tipo B, con Agente Delta (Coinfección), sin Coma Hepático		
B162	Hepatitis Aguda Tipo B, sin Agente Delta, con Coma Hepático		
B169	Hepatitis Aguda Tipo B, sin Agente Delta y sin Coma Hepático		
B181	Hepatitis Viral Tipo B Crónica, sin Agente Delta		
B180	Hepatitis Viral Tipo B Crónica, con Agente Delta		
B182	Hepatitis viral tipo C Crónica		
B171	Hepatitis aguda tipo C		

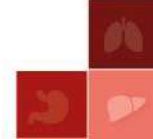
Código	Procedimientos
99401.33	Consejería Pre Test para VIH
99401.34	Consejería Post Test para VIH - Resultado No Reactivo
99403.03	Consejería Post Test para VIH - Resultado Reactivo
99402.16	Consejería de Soporte a Personas que Viven con VIH/SIDA
99402.05	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
99199.16	Obtención/Toma de muestra para ITS
58999.01	Toma de muestra de Secreción Vaginal
99351	Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave (HSH - Transgénero - Trabajador(a) Sexual)
87342	Detección cualitativa de Antígeno de Superficie (HBsAg) del virus de la Hepatitis B por inmunocromatografía en sangre total, plasma y/o suero. (Prueba rápida)
87340	Detección de antígeno de superficie de virus de Hepatitis B (HBsAg) por ELISA
86706	Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAb)
86704	Detección de anticuerpo contra el antígeno de la nucleocápside de la hepatitis B (HBcAb-T)
86705	Anticuerpo contra el antígeno de la nucleocápside de la hepatitis B-HBcAB-IgM
87351	Detección de Age para Hepatitis B (HBeAg)
86707	Anticuerpo contra la hepatitis Be (HBeAb)
87800.01	Carga Viral del Virus de la Hepatitis B (HBV) - PCR en Tiempo Real



Código	Procedimientos
80058	Perfil de hepatitis B: Antígeno de la nucleocápside HBsAg, HBsAb, HbCAB-T
90371	Inmunoglobulina de la hepatitis B (HBIG), humana, para uso intramuscular
86803.01	Detección cualitativa de anticuerpos contra el virus de la Hepatitis C por inmunocromatografía en sangre total, plasma y/o suero. (Prueba rápida)
86803	Detección de Anticuerpos Hepatitis C
87522.01	Carga Viral del Virus de la Hepatitis C (HCV)-PCR en Tiempo Real
83898	Prueba de PCR (Reacción en cadena de polimerasa) para VIH
86703.01	Prueba rápida anticuerpo (Ac) VIH 1-2 inmunocromatografía
86703.02	Detección cualitativa de antígeno y anticuerpo por inmunocromatografía para VIH 1-2
86318.01	Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual
87535	Detección cualitativa de ácidos nucleicos (ADN/ARN) de VIH-1 por PCR en tiempo real
87536	Determinación cuantitativa del ARN viral de VIH-1 por PCR en tiempo real
87906	Genotipificación del VIH-1 (susceptibilidad) a partir de ácido nucleico (ARN), incluye integrasa
81400.01	Prueba de Tropismo de VIH-1 a partir de ácido nucleico.
86689	Anticuerpos; anticuerpo contra HTLV o HIV, prueba de confirmación (Ejemplo: Western blot)
87389	Elisa antígeno y anticuerpo (Ag-Ac) VIH 1-2
86592	Prueba sífilis RPR cualitativa
86593	Prueba sífilis RPR cuantitativa
86780.01	Prueba de sífilis rápida inmunocromatográfica cualitativa
86781	Prueba FTA-ABS para sífilis
86318.01	Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual
90744	Vacuna Hepatitis B (HVB)
99199.11	Administración de Tratamiento
99199.12	Administración de Terapia Preventiva para Tuberculosis (TPTB)
99199.13	Administración de Terapia Preventiva con Cotrimoxazol (TPC)
99199.14	Administración de Tratamiento preventivo/profiláctico para recién nacido, hijo de Madre VIH (+)
99199.15	Lactancia Artificial a RN de Madre VIH (+)
99210.05	Identificar factores de riesgo abandono al tratamiento de TB, VIH y otros

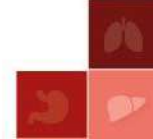
Código	Procedimientos para Telemedicina
99499.08	Teleorientación síncrona
99499.09	Teleorientación asíncrona
99499.10	Telemonitoreo
99499.11	Teleinterconsulta síncrona
99499.12	Teleinterconsulta asíncrona
99499.01	Teleconsulta en Línea
99499.02	Tele ecografía en Línea
99499.04	Tele ecografía + Teleconsulta en Línea
99499.05	Teleradiografía fuera de Línea
99499.06	Teletomografía fuera de Línea

Código	Procedimientos para Actividades Preventivo
C0008	Taller para personal de salud
C0009	Sesión Educativa
C0010	Sesión Demostrativa
C3152	Sesión para Formación de Educadores Pares
C0011.04	Visita familiar integral de seguimiento de daños crónicos

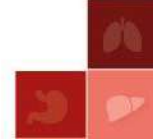


BASE LEGAL

- **Ley N° 26626**, Ley que encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.
- **Ley N° 26842**, Ley General de Salud.
- **Ley N° 28243**, Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual.
- **Ley N° 28983**, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres.
- **Ley N° 30024**, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y su reglamento aprobado con Decreto Supremo 039-2015.
- **Ley N° 29733**, Ley de Protección de Datos Personales
- **Decreto Legislativo N° 1161**, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- **Decreto Supremo N° 013-2006-SA**, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- **Decreto Supremo N° 027-2015-SA**, aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- **Decreto Supremo N° 008-2017-SA**, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su modificatoria.
- **Decreto Supremo N° 008-2017-SA**, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 26626 referidos al logro de los objetivos del Plan Nacional CONTRASIDA.
- **Resolución Ministerial N° 1328-2003 SA/DM**, que aprueba la “Norma Técnica para el Sistema de Articulación de Servicios de consejeros Educadores de Pares para Personas que viven con VIH/SIDA” NT N° 003-MINSA/DGSP-V 01.
- **Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA**, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”.
- **Resolución Ministerial N° 242-2009/MINSA**, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 022-MINSA/DGSP-V.01, “Directiva Sanitaria para la distribución del Condón masculino a usuarios/as en servicios de Salud”.
- **Resolución Ministerial N° 263-2009/MINSA**, que aprueba la NTS N° 077-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú, y su modificatoria aprobada con Resolución Ministerial N° 084-2012/MINSA.
- **Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA**, que aprueba el “Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA”.
- **Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA**, que aprueba la “Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud”
- **Resolución Ministerial N° 117-2015/MINSA**, que aprueba la NTS N° 115 – MINSA/DGE – V.01 “Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú”.
- **Resolución Ministerial N° 980-2016/MINSA**, que aprueba la NTS N° 126-MINSA/2016/DGIESP “Norma Técnica de Salud de Atención Integral de la Población Trans Femenina para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA” y su modificatoria RM N° 715-2017/MINSA, que modifica el sub numeral 4.4.1.
- **Resolución Ministerial N° 1012-2016/MINSA**, que aprueba la NTS N° 129-MINSA/2016/DGIESP "Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en Pueblos Indígenas Amazónicos, con pertinencia intercultural" y su modificatoria aprobada por Resolución Ministerial N° 716-2017/MINSA, que modifica el sub numeral 6.4.3.
- **Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA**, que aprueba Documento técnico: “Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud”
- **Resolución Ministerial N° 1001-2017/MINSA** que aprueba la Directiva Administrativa N° 241-MINSA/2017/DGAIN “Proceso de actualización de los catálogos de los Identificaciones Estándar de Datos en Salud (IEDS) N° 001 Y 005”.
- **Resolución Ministerial N° 975-2017/MINSA**, que aprueba la Directiva Administrativa 240-2017/INS, Directiva administrativa para el Registro de la Pertenencia Étnica en el Sistema de Información de Salud



- **Resolución Ministerial N° 228-2017/MINSA**, que aprueba la Directiva Administrativa N°261-MINSA/2019/DGIESP, Directiva Administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención.
- **Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA**, que aprueba Directiva Administrativa N° 242-MINSA/2017/DGAIN “Directiva administrativa que establece la Cartera de Atención de Salud en los establecimientos de salud en el primer nivel de atención”
- **Resolución Ministerial N° 895-2018/MINSA**, aprueba la NTS N° 143–2018/MINSA/DGIESP, “Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la coinfección Tuberculosis y Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Perú”
- **Resolución Ministerial N° 1317-2018/MINSA**, que aprueba la NTS N° 145-MINSA/2018/DGIESP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis Viral C en el Perú”.
- **Resolución Ministerial N° 116-2018/MINSA** que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID “Gestión del Sistema integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – SISMED”.
- **Resolución Ministerial N° 1138-2019/MINSA**, aprueba la NTS N°159-MINSA/2019/DIGIESP Norma Técnica de Salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B
- **Resolución Ministerial N° 882-2020/MINSA**, aprueba la NTS N167-MINSA/2020/DIGIESP "Norma Técnica de Salud para la atención integral de las niñas, niños y adolescentes infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)"
- **Resolución Ministerial N°1024-2020/MINSA**, aprueba la NTS N°169-MINSA/2020/DIGIESP " Norma Técnica de Salud para la atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)"
- **Resolución Ministerial N° 146-2020/MINSA**, aprueba la Directiva Administrativa para la implementación y Desarrollo de los Servicios de Tele orientación y Tele monitoreo
- **Resolución Ministerial N° 688-2020/MINSA**, aprueba Directiva Administrativa N° 294-MINSA/2020/OGTI, Directiva Administrativa que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud.
- **Resolución Ministerial N° 860-2021-MINSA**, que aprueba la actualización del Anexo 1: Listado de Procedimientos Médicos y Sanitario del Sector Salud, del Documento Técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud", de la Resolución Ministerial N° 1044-2020/MINSA.
- Guía de uso y registro diario de atención y otras actividades de salud en la hoja HISMINSAs, Oficina General de Tecnologías de la Información.



INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH-SIDA, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y HEPATITIS

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales.

Los ítems diagnóstico, motivo de consulta, tipo de diagnóstico, lab presentan algunas particularidades que se revisarán, en detalle, a continuación:

Esta estrategia desarrolla actividades de atenciones de salud y actividades preventivo promocionales (APP) orientadas a la promoción, prevención y control de ITS/VIH y SIDA.

CONSIDERACIONES GENERALES DEL REGISTRO HIS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

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

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

P: (Diagnóstico presuntivo) Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o se 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.

En el ítem Lab tener en cuenta si un procedimiento o diagnóstico se ha realizado a:

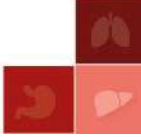
- **TS** Trabajador/a Sexual
- **ST** Trabajador de Salud
- **HS** Hombre que tiene sexo con hombre
- **G** Gestante
- **TRA** Transgénero
- **P** Puérpera
- **HTS** HSH que es TS
- **PPL** Persona Privada de su Libertad
- **TTS** Transgénero que es TS
- **[En blanco]** Población General

CONSEJERÍA INDIVIDUAL PARA TAMIZAJE DE ITS, y VIH/SIDA

Definición Operacional.- Es el abordaje entre el consejero y el usuario que se realiza en los servicios de salud, bancos de sangre, actividades extramurales (brigadas itinerantes, visitas domiciliarias, organizaciones de base comunitaria, ferias, campañas y otros espacios, por el personal de salud, equipos AISPED); con la finalidad de brindar información sobre las medidas preventivas, evaluar riesgos de exposición a las ITS (Sífilis, Hepatitis, Gonorrea y otros) y VIH y proporcionar información sobre el uso correcto y consistente del condón que incluye la entrega de ellos.

REGISTRO PARA LA CONSEJERÍA PARA ITS (Sífilis, Hepatitis, Gonorrea y otros)

Definición Operacional.- Proceso de diálogo confidencial entre quien realiza la consejería y el usuario, en el cual se le escucha, informa y orienta, permitiendo descubrir elementos que favorecen la exposición de la persona a las ITS y a motivar la práctica de comportamientos sexuales preventivos. Ayuda al usuario a identificar el problema relacionado a sus molestias, evaluar y comprender su riesgo y reforzar actitudes y comportamientos preventivos.



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

- En el casillero 1º se registra la actividad de “Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B”

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º de la Consejería: el tipo de población con la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** según el siguiente detalle:
 - [En Blanco]** = Población General
 - TS** = Trabajador Sexual
 - HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA** = Transgénero
 - HTS** = HSH que es TS
 - TTS** = Transgénero que es TS
 - G** = Gestante
 - PPL** = Persona privada de su libertad
 - P** = Puerpera

DIA	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST A-BLE C	SER - VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____ / ____ / ____		
	66682502	10	Junín	16	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1 Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	HTS			99402.05	
	66682502	58	Junín	16	M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> G	2.	P	D	R					
					D		Hb		R	R	3.	P	D	R					

REGISTRO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTE

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

- En el casillero 2º registrar “Evaluación Integral del adolescente” y el correspondiente número de control: 1, 2, 3... según corresponda se registra en el lab.
- En los siguientes casilleros las demás actividades y procedimientos del control [**dentro de ellas la consejería en ITS**]

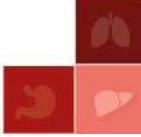
En el ítem **Tipo de diagnóstico**

- Para el registro de “Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B” en el casillero [**Tipo de diagnóstico**] marcar sólo por primera vez como “D” para contabilizar el número de adolescentes que vengan por primera vez durante el año; cuando reciba la 2da, 3ra o más consejerías, registrar como “R” de actividad repetida. Esto permitirá diferenciar el número de personas que reciben consejería durante el año en relación al número de consejerías realizadas en la misma persona.

DIA	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST A-BLE C	SER - VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____ / ____ / ____		
	66682502	10	Junín	16	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				Z003	
	66682502	58	Junín	16	M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> G	Evaluación Integral del adolescente	P	D	R	1			99384	
					D		Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R					

Cuando el adolescente requiera de más consejerías en prevención de ITS, registrar “R” en [**Tipo de Diagnóstico**]

DIA	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST A-BLE C	SER - VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____ / ____ / ____		
	66682502	10	Junín	16	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				Z003	
	66682502	58	Junín	16	M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> G	Evaluación Integral del adolescente	P	D	R	2			99384	
					D		Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> R					



MODELO DEL REGISTRO DE ABORDAJE Y TAMIZAJES DE VIH, SÍFILIS Y HEPATITIS B

A través de Pruebas Rápidas Individuales:

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

- En el casillero 1º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 2º (**El prestador podrá anotar "Detección de VIH – Prueba Rápida" para la abreviatura del procedimiento**)
- En el casillero 3º Consejería Post Test para VIH (No Reactivo o Reactivo) según sea
- En el casillero 6º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º de las Consejerías: la sigla de **Población Clave o en Riesgo**, para **Población General** de ser el caso deje en blanco
- En el casillero 1º de las Pruebas: la sigla del resultado para los respectivos tamizajes.
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es negativo

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
08	76693701	10	Pangoa	17	A	M	PC	PESO	N	N	Consejería Pre Test para VIH	P	R				99401.33			
	76693701	58	San Ramón		M			TALLA	C	C	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	R	RN			86703.01			
					D	F	Pab	Hb	R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	R			99401.34				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC	PESO	N	N	Detección de Sífilis – Prueba Rápida	P	R	RN			86780.01			
					M			TALLA	C	C	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	R	RN			87342			
					D	F	Pab	Hb	R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	R				99402.05			

A través de Prueba Rápida Dual de VIH y Sífilis, más Hepatitis B:

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

- En el casillero 1º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 2º Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual
- En el casillero 3º Consejería Post Test para VIH (No Reactivo o Reactivo), según sea el caso
- En el casillero 4º Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida
- En el casillero 5º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º de las Consejerías "Lab1": la sigla de **Población Clave**, para **Población General** de ser el caso deje en blanco
- En los casilleros de la **Prueba Dual** registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado, en el casillero 1º (**Lab1**) anote el **Resultado para VIH**, y en el casillero 2º (**Lab2**) el resultado para **Sífilis**:
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es negativo
- En el casillero 1º del Tamizaje de Hepatitis B, anote la sigla del resultado:
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es negativo

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	76682502		10	Pangoa	17	M	PC		PESO			Consejería Pre Test para VIH	P		R				99401.33		
	76682502		58	San Ramón		M			TALLA		C	Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual	P		R	RN	RN		86318.01		
						D	Pab		Hb		R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P		R				99401.34		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
						A	PC		PESO		N	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P		R	RN			87342		
						M			TALLA		C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P		R				99402.05		
						D	Pab		Hb		R		P	D	R						

REGISTRO CUANDO LA ATENCIÓN SE REALIZA A POBLACIÓN EXTRANJERA

En el ítem DNI/Historia Clínica, registre claramente:

- En el casillero 1º C.E. (Carné de Extranjería) y el número de documento correspondiente.

En el ítem Distrito de Procedencia, registre claramente:

- En el casillero 1º El país de origen del paciente.

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, registre todos los diagnósticos y/o procedimientos realizados en la consulta.

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	C.E. 000526590		10	Venezuela	40	M	PC		PESO			Consejería Pre Test para VIH	P		R				99401.33		
			58			M			TALLA		C	Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual	P		R	RN	RN		86318.01		
						D	Pab		Hb		R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P		R				99401.34		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
						A	PC		PESO		N	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P		R	RN			87342		
						M			TALLA		C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P		R				99402.05		
						D	Pab		Hb		R		P	D	R						

REGISTRO CUANDO LA ATENCIÓN SE REALIZA A POBLACIÓN INDÍGENA

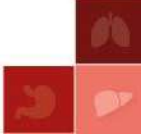
Pertenencia Étnica: Es el reconocimiento que a una persona hace de un conjunto de características socioeconómicas y culturales, que considera como propias tales como el idioma, la cosmovisión, formas de producción, relaciones de parentesco, etc., frente a grupos con particularidades diferentes, cuyo propósito es facilitar el registro sistemático de las poblaciones étnicas para conocer su perfil epidemiológico y con ello hacer posible la disminución de indicadores de morbilidad.

Para el registro, tener en cuenta la R.M. N° 975-2017/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N°240-MINSA/2017/INS: Directiva Administrativa para el Registro de la Pertenencia Étnica en el Sistema de Información de Salud.

En el ítem ETNIA, registre claramente:

- En el casillero 1º anote el Código que corresponde a la pertenencia étnica del paciente o usuario, en el ejemplo el código 05 representa Asháninka.

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	76682502		10	Río Tambo	17	M	PC		PESO			Consejería Pre Test para VIH	P		R				99401.33		
	76682502		05	Puerto Ocopa		M			TALLA		C	Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual	P		R	RN	RN		86318.01		
						D	Pab		Hb		R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P		R				99401.34		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
						A	PC		PESO		N	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P		R	RN			87342		
						M			TALLA		C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P		R				99402.05		
						D	Pab		Hb		R		P	D	R						



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ITS POR MANEJO SINDRÓMICO

El manejo sindrómico de las ITS se basa en la identificación de síntomas y/o signos fácilmente reconocibles (un síndrome) y la administración de tratamiento para las etiologías más frecuentes del mismo, permite tratar en la primera consulta y puede realizarse aún en establecimientos sin capacidad laboratorial.

Los síndromes de ITS incluidos en el manejo sindrómico son:

- ⇒ Descarga Uretral en hombres (A64X6)
- ⇒ Ulcera Genital en hombres y mujeres (A64X4)
- ⇒ Flujo Vaginal compatible con ITS (A64X9)
- ⇒ Condiloma acuminado (A630)
- ⇒ Dolor Abdominal Bajo en mujeres (A64X5)
- ⇒ Bubón Inguinal en hombres (A64X1)
- ⇒ Proctitis en hombres (A64X7)

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Sindrómico
- En los demás casilleros las actividades realizadas por el prestador en el momento de la atención (consejería, tratamiento, toma de muestra, etc.)

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

- En el casillero 1º "D" cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica.
- En los siguientes casilleros los demás procedimientos considerando que la "Consejería" deberá consignar en [Tipo de Diagnóstico] "D" siempre que sea la 1ra consejería del año; a partir de la 2da consejería marcar "R".

El tipo de diagnóstico "D" debe ser registrado cuando se tenga una confirmación diagnóstica. En las siguientes atenciones que pertenezcan al mismo episodio de enfermedad debe registrarse SIEMPRE con tipo de diagnóstico "R".

Paciente con diagnóstico de Flujo Vaginal compatible a ITS



Para el caso de Población General el registro de Síndrome de Flujo Vaginal debe contar con la indicación de que es por transmisión sexual; para ello se utiliza la sigla "ITS" en el campo Lab del diagnóstico que permita realizar esta puntualización; en caso contrario el campo Lab debe dejarse en blanco.

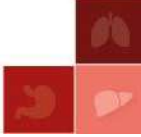
En el ítem **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud** anote:

- En el casillero 1º el Diagnóstico Sindrómico
- En los demás casilleros, las actividades realizadas por el prestador en el momento de la atención (consejería, tratamiento, toma de muestra, etc.)

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º del Diagnóstico: "ITS" si el Síndrome de Flujo Vaginal es compatible a ITS
- En el casillero 1º del Tratamiento: "TA" por cuanto el tratamiento consta de una sola entrega
- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la POBLACIÓN según el siguiente detalle:
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - G = Gestante
 - PPL = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	85124565	10	Ayacucho	35	M	PC	PESO			Síndrome de Flujo Vaginal	P		R	ITS			A64X9			
	85124565		Chinquiray		M		TALLA	C	C	Administración de Tratamiento	P		R	TA			99199.11			
		58	Chinquiray		D	Pab	Hb		R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P		R				99402.05			



Cuando el paciente acude por segunda vez en el mismo año con otro episodio del mismo síndrome

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Síndromico
- En el casillero 2º Administración de Tratamiento
- En El casillero 3º Consejería /Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el casillero del Diagnóstico Síndromico marque "D" por tratarse de un nuevo episodio
- En el casillero del Tratamiento marque "D" por tratarse el tratamiento de un nuevo episodio
- En el casillero de la Consejería marque "R", toda vez que la paciente ya recibió *Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B*, en una atención anterior

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del Diagnóstico: "ITS" si el Síndrome de Flujo vaginal es compatible a ITS
- En el casillero 1º del Tratamiento: "TA" cuando se concluya con el tratamiento

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT											
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																													
	85124565		10	Ayacucho	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Síndrome de Flujo Vaginal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ITS				A64X9								
	85124565					M	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA				99199.11								
			58	Chinquiray		D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99402.05								

Cuando se atienda población clave

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Síndromico
- En el casillero 2º Administración de Tratamiento
- En El casillero 3º Consejería /Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

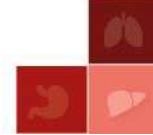
- En el casillero del Diagnóstico Síndromico marque "D" por tratarse de un nuevo episodio
- En el casillero de la Consejería marque "D", si se trata de la primera atención de consejería en el año

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del Diagnóstico: "ITS" si el Síndrome de Flujo vaginal es compatible a ITS
- En el casillero 1º del Tratamiento: "TA" cuando se concluya con el tratamiento
- En el casillero 1º de la Consejería, anote la sigla de la **Población Clave**.

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT											
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																													
	85124565		10	Ayacucho	31	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Síndrome de Flujo Vaginal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ITS				A64X9								
	85124565					M	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA				99199.11								
			58	Chinquiray		D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS				99402.05								

Debe marcar "D" en [Tipo de Diagnóstico] que corresponde a la "Consejería" sólo cuando la población reciba la Primera Consejería en ITS en el año, lo que permitirá obtener el número de personas con consejería en ITS.



En el caso de que el flujo vaginal NO esté asociado a ITS

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	71254598		10	Concepción	37	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Síndrome de Flujo Vaginal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			A64X9
	71254598			Concepción		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.11
			58	Concepción		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.05

Otros Diagnósticos Sindrómicos

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Sindrómico

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del Tratamiento: "TA" para indicar el término del procedimiento del tratamiento
- En el casillero 1º de la Consejería: La sigla de la POBLACIÓN según el siguiente detalle:

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> [En Blanco] | = Población General | <input type="radio"/> HTS | = HSH que es TS |
| <input type="radio"/> TS | = Trabajador Sexual | <input type="radio"/> TTS | = Transgénero que es TS |
| <input type="radio"/> HSH | = Hombre que tiene sexo con hombre | <input type="radio"/> G | = Gestante |
| <input type="radio"/> TRA | = Transgénero | <input type="radio"/> PPL | = Persona privada de su libertad |

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	93543925		10	Concepción	37	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Descarga Uretral en hombres	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			A64X6
	93543925			Concepción		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	C	C	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.11
			58	Concepción		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.05

Si el paciente presenta 2 o más síndromes anotar todo en un mismo registro

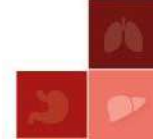
DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	76682502		10	Pangoa	17	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Síndrome de Úlcera Genital	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			A64X4
	76682502			San Ramón		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	C	C	Síndrome de Descarga Uretral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			A64X6
			58	San Ramón		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.11
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.05
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	C	C		P	D	R			
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R		P	D	R			

Si la consejería y/o tratamiento se realizan en distintos momentos y/o por diferentes prestadores, el registro de cada prestador de salud deberá SIEMPRE consignar el Documento de Identidad del paciente.

Paciente con diagnóstico y tratamiento atendido por el mismo prestador

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Sindrómico
- En los demás casilleros las actividades realizadas por el prestador en el momento de la atención (consejería, tratamiento, toma de muestra, etc.)



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

- En el casillero 1º Marque **"D"** cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º del Tratamiento: **"TA"**.
- En el casillero 1º de la Consejería: Registre la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** según el siguiente detalle:
 - [En Blanco]** = Población General
 - TS** = Trabajador Sexual
 - HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA** = Transgénero
 - HTS** = HSH que es TS
 - TTS** = Transgénero que es TS
 - G** = Gestante
 - PPL** = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	46757912		10	Chupaca	10	M	PC	PESO		N	N	Síndrome Úlcera Genital	P	D	R				A64X4
	46757912		58	Chupaca		M	Pab	TALLA		C	C	Administración de Tratamiento	P	D	R	TA			99199.11
						D	Pab	Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TS			99402.05

Si el paciente es diagnosticado y tratado por el mismo prestador, todos los procedimientos realizados serán anotados en el mismo registro.

Cuando el diagnóstico y el tratamiento lo realizan diferentes prestadores:

En el caso que el paciente haya sido diagnosticado y pase a otro prestador para que le brinden consejería e inicie tratamiento:

El registro del diagnóstico:

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Síndromico
- En los demás casilleros otras actividades y/o procedimientos.

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	78526224		10	Acobamba	42	M	PC	PESO		N	N	Síndrome Descarga Uretral	P	D	R				A64X6
	78526224		58	Acobamba		M	Pab	TALLA		C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	HSH			99402.05
						D	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

El registro del tratamiento: [Realizado por un prestador diferente al que realizó el diagnóstico]

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

- En el casillero 1º [**Tipo de diagnóstico**] SIEMPRE **"R"**

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º del tratamiento: **"IA"** para indicar que inicia tratamiento o **"TA"** cuando se concluya el tratamiento, según corresponda
- En el casillero 1º de la consejería: La sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** [*si pertenece a uno*]

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero de la Consejería marque **"R"**, toda vez que, en la atención previa, el profesional de la salud ya brindó Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B.

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	78526224		10	Acobamba	42	M	PC	PESO		N	N	Síndrome Descarga Uretral	P	D	R				A64X6
	78526224		58	Acobamba		M	Pab	TALLA		C	C	Administración de Tratamiento	P	D	R	TA			99199.11
						D	Pab	Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	HSH			99402.05



Como parte de la Atención Integral, la Dirección de DPVIH tiene normada la entrega de condones en los siguientes casos:

- ⇒ Población General por consejería en ITS
- ⇒ Población General en consejerías pre y post test
- ⇒ Población General en campañas
- ⇒ Personas viviendo con VIH-SIDA (PVV)
- ⇒ Trabajadores Sexuales (varones y mujeres), HSH, Transgéneros en Atención Médica Periódica, Consejería pre y post test
- ⇒ Trabajadores Sexuales (varones y mujeres), HSH, Transgéneros en Intervenciones de PEPs, campañas, etc.



La entrega de preservativos no será registrada en el sistema de información HIS, la fuente de datos para la distribución de preservativos serán las recetas despachadas de Farmacia (SISMED).

ITS CON MANEJO ETIOLÓGICO

Se denomina manejo etiológico cuando el tratamiento se basa en el hallazgo del agente causal o la confirmación de su presencia a través de pruebas serológicas, microbiológicas y otras de apoyo diagnóstico.

Están considerados los siguientes diagnósticos:

- ⇒ Trichomoniasis
- ⇒ Clamidiasis
- ⇒ Gonorrea
- ⇒ Sífilis

Para realizar el diagnóstico de manejo etiológico es necesaria la confirmación diagnóstica, por lo que el registro de la primera intervención deberá registrarse como presuntivo, para luego ser confirmado y registrarse como definitivo o descartado con una prueba de laboratorio, según normatividad vigente.

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico
- En el casillero 2º Obtención de muestra
- En los demás casilleros las actividades y/o procedimientos que realice el prestador como consejería, tratamiento, etc, de acuerdo a la atención brindada

El registro de las actividades de Tratamiento y Consejería se manejan al igual que para el manejo Síndromico.

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

- En el casillero 1º marque "P"
- En los siguientes casilleros todas las actividades y/o procedimientos.
- En el casillero de Consejería marque "D" sólo en la primera Consejería en el año, en las demás oportunidades marcar "R"

En el ítem **Lab** anote:

- +En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente.

- [En Blanco] = Población General
- TS = Trabajador Sexual
- HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
- TRA = Transgénero
- HTS = HSH que es TS
- TTS = Transgénero que es TS
- G = Gestante
- PPL = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	69526224	10	Acobamba	36	M	PC	PESO	N	N	Trichomoniasis	R	D	R				A599			
	69526224				M		TALLA	S	S	Obtención de muestra	P	R					99199.16			
		58	Acobamba		D	Pab	Hb	R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	R	TS				99402.05			

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	25880413	10	Tarma	37	M	PC	PESO	N	N	Gonorrea	P	D	R				A549
	25880413				M		TALLA			Obtención de muestra	P	D	R				99199.16
		58	Jacahuasi		D	Pab	Hb	R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TS			99402.05

Cuando el resultado de la muestra es Positivo

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico confirmado
- En el casillero 2º Administración de Tratamiento
- En los demás casilleros las actividades realizadas por el prestador en el momento de la atención (consejería. etc)

En el ítem Tipo de Diagnóstico marque:

- En el casillero 1º [del diagnóstico confirmado] "D"
- En el casillero 2º Administración de Tratamiento marque "D" Definitivo siempre
- En el casillero 3º de Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH marque "D" Definitivo si es la primera consejería en el año o "R" Repetido para las siguientes consejerías

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del Tratamiento: "IA" para indicar que inicia tratamiento, N° de tratamiento; o "TA" cuando se concluya el tratamiento según corresponda
- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la POBLACIÓN CLAVE [en el caso de Población General dejar en blanco]

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	69526224	10	Acobamba	36	M	PC	PESO	N	N	Trichomoniasis	P	D	R				A599
	69526224				M		TALLA			Administración de Tratamiento	P	D	R	TA			99199.11
		58	Acobamba		D	Pab	Hb	R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TS			99402.05

Cuando la administración de tratamiento consta de una sola dosis

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del Tratamiento: "TA" para indicar que se concluyó el tratamiento.
- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la POBLACIÓN CLAVE al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH= Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA= Transgénero
 - HTS= HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - G = Gestante
 - PPL = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	
GESTANTE/PUERPERA		ETNIA															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	69526224	10	Acobamba	36	M	PC	PESO	N	N	Gonorrea	P	D	R				A549
	69526224				M		TALLA			Administración de Tratamiento	P	D	R	TA			99199.11
		58	Acobamba		D	Pab	Hb	R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R				99402.05

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	74585959		10	Acobamba	39	M	PC	PESO		N	N	Trichomoniasis	P	D	R				A599	
	74585959		58	Acobamba		M		TALLA				Administración de Tratamiento	P	D	R	TA			99199.11	
						D	Pab	Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TS			99402.05	

Cuando la administración de tratamiento consta de dosis periódicas

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	85249875		10	Chupaca	39	M	PC	PESO		N	N	Sífilis Primaria	P	D	R				A510	
	85249875		58	La Perla		M		TALLA				Administración de Tratamiento	P	D	R	IA			99199.11	
						D	Pab	Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TS			99402.05	

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	85249875		10	Chupaca	39	M	PC	PESO		N	N	Sífilis Primaria	P	D	R				A510	
	85249875		58	La Perla		M		TALLA				Administración de Tratamiento	P	D	R	2			99199.11	
						D	Pab	Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TS			99402.05	

TÉRMINO DE TRATAMIENTO

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

- En el casillero 1º del Diagnóstico
- En los demás casilleros las actividades realizadas por el prestador en el momento de la atención (consejería, tratamiento, etc.)

En el ítem Tipo de Diagnóstico marque:

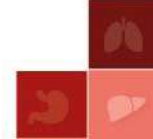
- En el casillero 1º [*del diagnóstico confirmado*] "R"
- En el casillero 2º marque siempre "D"
- En el casillero 3º marque "R" por tratarse de procedimiento repetido durante el mismo año

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del Tratamiento: "TA" para indicar que se concluyó el tratamiento.
- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** [*en el caso de Población General dejar en blanco*]

- | | | | |
|---------------------------|------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> TS | = Trabajador Sexual | <input type="radio"/> TTS | = Transgénero que es TS |
| <input type="radio"/> HSH | = Hombre que tiene sexo con hombre | <input type="radio"/> G | = Gestante |
| <input type="radio"/> TRA | = Transgénero | <input type="radio"/> PPL | = Persona privada de su libertad |
| <input type="radio"/> HTS | = HSH que es TS | | |

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	85249875		10	Chupaca	39	M	PC	PESO		N	N	Sífilis Primaria	P	D	R				A510	
	85249875		58	La Perla		M		TALLA				Administración de Tratamiento	P	D	R	TA			99199.11	
						D	Pab	Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TS			99402.05	



Si la consejería y el tratamiento fueran administrados por el mismo prestador se anota en un mismo registro, NO HAY NECESIDAD DE SEPARAR LOS REGISTROS, SI TODAS LAS ACTIVIDADES LAS REALIZA UN MISMO PRESTADOR.

Cuando el diagnóstico y el tratamiento lo realizan diferentes prestadores:

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la POBLACIÓN EN RIESGO [en el caso de Población General dejar en blanco]

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	69526224	10	Satipo	22	M	PC	PESO	N	N	Trichomoniasis	P	D	R				A599			
	69526224		Monterrico		M		TALLA			Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TS			99402.05			
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R							

El registro del tratamiento: [Realizado por un prestador diferente al que realizó el diagnóstico]

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del Tratamiento: "IA" para indicar que inicia tratamiento o "TA" cuando se concluya el tratamiento, según corresponda.
- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la POBLACIÓN CLAVE [en el caso de Población General dejar en blanco]

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	69526224	10	Satipo	22	M	PC	PESO	N	N	Trichomoniasis	P	D	R				A599			
	69526224		Monterrico		M		TALLA			Administración de Tratamiento	P	D	R	TA			99199.11			
		58			D	Pab	Hb	R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TS			99402.05			

Si el diagnóstico, consejería y tratamiento fueran administrados por diferentes prestadores cada uno de ellos deberá registrar las actividades y/o procedimientos realizados en el HIS, verificando SIEMPRE que el diagnóstico NO SE REGISTRE MÁS DE UNA VEZ COMO TIPO DE DIAGNÓSTICO "D" sino como TIPO DE DIAGNÓSTICO "R".

REGISTRO A UN CONTACTO DE ITS (Manejo Sindrómico o Etiológico)

Consiste en identificar oportuna y pertinentemente, conservando los principios de confidencialidad y decisión voluntaria, a las personas con quien o quienes el paciente ha tenido relaciones sexuales El estudio de contactos tiene beneficios clínicos y de salud pública, evita la reinfección del caso índice, diagnostica y trata a personas infectadas que frecuentemente están asintomáticas y que de otro modo no solicitarían atención médica y rompe la cadena de transmisión de la infección a nivel poblacional

Tratamiento expedito del contacto: Consiste en enviar el tratamiento del contacto con el (la) paciente (caso índice) que acudió por una ITS, sin la necesidad que el contacto acuda a la IPRESS.

Para ello registrar el código **Z202** como parte de la atención del caso índice

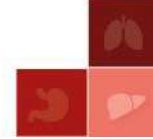
Cuando se administre tratamiento expedito al contacto:

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

- En el casillero 4º Contacto con y Exposición a ITS

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el casillero de Contacto con y exposición a ITS: solo "D" cuando se identifica al contacto, en los siguientes controles "R"



En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del Contacto con y exposición a ITS: **"TA"** si se realiza la entrega de tratamiento para el contacto, en caso contrario dejar en blanco.

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	76682502		10	Pangoa	17	A	M	PC	PESO		N	N	Síndrome de Flujo Vaginal	P	A	R	ITS		A64X9
	76682502		58	San Ramón		M		Pab	TALLA		C	C	Administración de Tratamiento	P	A	R	TA		99199.11
						D			Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	A	R			99402.05
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
						A	M	PC	PESO		N	N	Contacto con y Exposición a ITS	P	A	R	TA		Z202
						M			TALLA		C	C		P	D	R			
						D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	87892521		10	Pangoa	17	A	M	PC	PESO		N	N	Síndrome de Descarga Uretral	P	A	R			A64X6
	87892521		58	San Ramón		M		Pab	TALLA		C	C	Administración de Tratamiento	P	A	R	TA		99199.11
						D	F		Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	A	R			99402.05
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
						A	M	PC	PESO		N	N	Contacto con y Exposición a ITS	P	A	R	TA		Z202
						M			TALLA		C	C		P	D	R			
						D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

Cuando se administre tratamiento expedito a más de un contacto

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

- En el casillero 4º Contacto con y Exposición a ITS

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

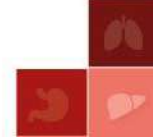
- En el casillero 4º solo **"D"** cuando se identifica al contacto, en los siguientes controles **"R"**

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del Contacto con y exposición a ITS: **"TA"** si se realiza la entrega de tratamiento para los contactos, seguido del número de contactos en el casillero 2º (**Lab2**), para el ejemplo **"2"**

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	76682502		10	Pangoa	17	A	M	PC	PESO		N	N	Síndrome de Flujo Vaginal	P	A	R	ITS		A64X9
	76682502		58	San Ramón		M		Pab	TALLA		C	C	Administración de Tratamiento	P	A	R	TA		99199.11
						D			Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	A	R			99402.05
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
						A	M	PC	PESO		N	N	Contacto con y Exposición a ITS	P	A	R	TA	2	Z202
						M			TALLA		C	C		P	D	R			
						D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

Si en la atención del caso índice, también se brinda el tratamiento para la pareja o el contacto, registrar Z202 Contacto con y Exposición a ITS con la siela **"TA"** en el campo Lab



SÍFILIS

Las pruebas para el Tamizaje de Sífilis pueden ser realizadas a través de:



- Prueba Rápida de Sífilis (Cualitativa) → código "86780.01"
- RPR o VDRL (Cualitativa) → código "86592"
- RPR o VDRL (Cuantitativa) → código "86593"

Toda vez que Laboratorio no registra información en el HIS, el prestador en el Consultorio, deberá anotar el procedimiento "86592" o "86593" con su respectivo resultado "RP" o "RN"

PRUEBAS RÁPIDAS PARA SÍFILIS:

Es una prueba inmunocromatográfica que detecta anticuerpos contra *T. pallidum* en muestras de sangre total, suero o plasma.

Las pruebas rápidas para sífilis confirmatoria o treponémicas son muy útiles en población general y gestantes. Estas son poblaciones con baja prevalencia de sífilis de modo que, si se encuentra la prueba positiva, se debe proceder a dar tratamiento. No se recomiendan para uso en poblaciones de alta prevalencia de transmisión de ITS ya que por la elevada probabilidad que represente una infección pasada y ya tratada, no nos permite identificar a las personas que requiere tratamiento. Sin embargo, en poblaciones de alta prevalencia de transmisión de ITS que tienen poco acceso a servicios de salud, la prueba rápida de sífilis puede permitir detectar casos y tratarlos inmediatamente y así no perder la oportunidad de tratamiento.

PRUEBAS RÁPIDAS DUALES PARA VIH Y SÍFILIS:

Es una prueba inmunocromatográfica que permite tamizar para VIH y sífilis simultáneamente. La interpretación se realiza independientemente para cada una de las infecciones evaluadas.

PRUEBAS NO TREPONÉMICAS PARA SEROLOGÍA DE SÍFILIS:

Son pruebas de laboratorio que detectan la presencia de anticuerpos no específicos contra el *Treponema pallidum* en sangre total, suero o plasma. Son pruebas que se realizan para el tamizaje, diagnóstico basal y controles post tratamiento de la Sífilis. Usualmente son positivas luego de 1 y hasta 4 semanas de presentarse la úlcera genital (chancro duro), pruebas permiten identificar a las personas que requieren tratamiento y los resultados expresados en diluciones del suero se usan para monitorear la respuesta al tratamiento, Las más conocidas son el Rapid Plasma Reagin (RPR) y el Venereal Disease Research Laboratory (VDRL).

Tamizaje realizado a través de Prueba Rápida

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

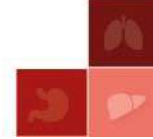
- En el casillero 1º Detección de Sífilis – Prueba Rápida
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Prueba: "RN" de Resultado Negativo
- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - PPL = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / / /		
	69526224	10	Carhuamayo	19	M	PC		N	N	Detección de Sífilis – Prueba Rápida	P	X	R	RN			86780.01		
	69526224	58	Jorge Chávez		M			X	S	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	X	R				99402.05		
					D	Pab	Hb	R	R		P	D	R						

Resultado Reactivo

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

- En el casillero 1º Detección de Sífilis – Prueba Rápida
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Prueba: “**RP**” de Resultado Positivo
- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la POBLACIÓN CLAVE al que corresponde el paciente:
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTAY/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE/ CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	69526224		10	Carhuamayo	19	M	PC	PESO		N	N	Detección de Sífilis – Prueba Rápida	P	X	R	RP			86780.01	
	69526224		58	Jorge Chávez	19	M	Pab	TALLA		X	X	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	X	R				99402.05	
						D		Hb		R	R		P	D	R					

Tamizaje realizado a través de RPR o VDRL**En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:**

- En el casillero 1º Detección de Sífilis; cualitativa RPR-VDRL
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Prueba: “**RN**” de Resultado Negativo
- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente:
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTAY/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE/ CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	69526224		10	Carhuamayo	19	M	PC	PESO		N	N	Detección de Sífilis; cualitativa RPR-VDRL	P	X	R	RN			86592	
	69526224		58	Jorge Chávez	19	M	Pab	TALLA		X	X	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	X	R	TS			99402.05	
						D		Hb		R	R		P	D	R					

Resultado de la muestra de RPR reactivo para Sífilis**Para el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud registre:**

- En el casillero 1º Detección de Sífilis; cualitativa RPR-VDRL
- En el casillero 2º el diagnóstico de Sífilis
- En los demás casilleros las actividades que realice como consejería, tratamiento, etc.

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el casillero 1º **[del diagnóstico confirmado]** “**D**”
- En el casillero 2º “**RP**” de resultado positivo

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** o **POBLACIÓN GENERAL** al que corresponde el paciente.

- [En Blanco] = Población General
- TS = Trabajador Sexual
- HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
- TRA = Transgénero
- HTS = HSH que es TS
- TTS = Transgénero que es TS
- PPL = Persona privada de su libertad
- P = Puérpera

- En el casillero 4º En el casillero 3º “IA” al iniciar el tratamiento y “TA” cuando se concluya el tratamiento

En el ítem **Código**, considere los siguientes:

- **Con Presencia de Úlcera Genital** los códigos A510, A511, A512.
- **Con Ausencia de Úlcera Genital** los códigos A513, A514, A515, A519, A52, y A53 (todas las sub categorías).

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
	76682502	10	Pichanaky	14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detección de Sífilis; cualitativa RPR-VDRL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP			86592
	76682502				58	Chinchaysuyo	M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	C	C	Sífilis genital primaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
				D			<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
					A	M	PC	PESO	N	N	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.05
					M			TALLA	C	C		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Utilice la sigla de la POBLACIÓN CLAVE en la Consejería para identificar el grupo al que pertenece o deje en blanco para población general; en el caso de Gestante utilice el código O981 (Sífilis que complica el embarazo) para el diagnóstico.

TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL (SÍFILIS)

TAMIZAJE PARA SÍFILIS CON PRUEBAS RÁPIDAS INDIVIDUALES EN GESTANTES

Cuando se realiza en el consultorio

En el ítem **Tipo de diagnóstico** para los procedimientos de [Tamizaje, Consejería] marque “D” sólo cuando sea la primera acción en el año, en las siguientes marcar “R”

Resultado No Reactivo

En el ítem **Lab** registre:

- En el casillero 1º **Lab1** de la Atención Prenatal: el número de CPN 1, 2, 3, 4, 5, 6... según corresponda, en **Lab2** anotar las semanas de gestación.
- En el casillero 1º de la prueba: “RN” si el resultado es No Reactivo
- En el casillero 1º de la Consejería: “1” si es la 1º Batería de Laboratorio, “2” si es la 2º Batería de Laboratorio

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
	75799999	10	Chilca	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	8		Z3591
	75799999				58	Azapampa	M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	C	Detección de Sífilis – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	
				D			<input checked="" type="checkbox"/>		Hb	R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		

En el caso de las actividades realizadas a la gestante fuera de la atención pre natal utilizar en el registro el código Z359 según corresponda en el 1er. Orden.

En el ítem **Lab** registre:

- En el casillero 1º **Lab1** de la Supervisión del Embarazo: el trimestre de gestación 1, 2, 3 según corresponda (*Para obtener datos por trimestres*) y en el **Lab2** las semanas de gestación.
- En el casillero 1º de la Prueba: **"RP"** si el resultado es Reactivo
- En el casillero 1º del Tratamiento: **"IA"** para el inicio de tratamiento y **"TA"** para la culminación del mismo, según corresponda
- En el casillero 1º de la Consejería: **"1"** si es la 1º Batería de Laboratorio **"2"** si es la 2º Batería de Laboratorio

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	75799999	10	Pichanaky	26	M	PC	PESO	N	N	Supervisión de embarazo de alto riesgo de 9 semanas	P	R		1	9		Z359			
	75799999				M		TALLA	R	R	Detección de Sífilis – Prueba Rápida	P	R		RP			86780.01			
		58	Chinchaysuyo		D	Pab	Hb	R	R	Sífilis que complica el embarazo	P	R					O981			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	PC	PESO	N	N	Administración de Tratamiento	P	R	IA				99199.11			
					M		TALLA	C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	R	1				99402.05			
					D	Pab	Hb	R	R		P	R								

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	75799999	10	Pichanaky	26	M	PC	PESO	N	N	Supervisión de embarazo de alto riesgo de 10 semanas	P	R		1	10		Z359			
	75799999				M		TALLA	R	R	Sífilis que complica el embarazo	P	R					O981			
		58	Chinchaysuyo		D	Pab	Hb	R	R	Administración de Tratamiento	P	R	2				99199.11			

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	75799999	10	Pichanaky	26	M	PC	PESO	N	N	Supervisión de embarazo de alto riesgo de 11 semanas	P	R		1	11		Z359			
	75799999				M		TALLA	R	R	Sífilis que complica el embarazo	P	R					O981			
		58	Chinchaysuyo		D	Pab	Hb	R	R	Administración de Tratamiento	P	R	TA				99199.11			

Recuerde que las Consejerías en ITS no se numeran, sólo contienen el valor que indica el número de Batería de Laboratorio

Quando el Tamizaje de Sífilis se realiza a través de RPR

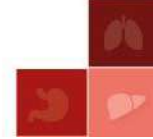
En el ítem **Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud**, anote claramente:

- En el casillero 1º Supervisión de embarazo con riesgo [*Especificar las semanas de gestación*]
- En los otros casilleros anote las actividades como Evaluación Nutricional, etc.

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º **Lab1** de la Atención Prenatal: el número de CPN 1, 2, 3, 4, 5, 6... según corresponda, y en **Lab2** especificar las semanas de gestación
- En el casillero 1º de la Prueba: el resultado
 - RP** si el resultado es reactivo
 - RN** si el resultado es negativo
- En el casillero 1º de la Consejería: el Nº de Batería de Laboratorio
 - "1"** si es la 1ª Batería de Laboratorio
 - "2"** si es la 2ª Batería de Laboratorio

Quando el procedimiento es realizado a través de RPR o VDRL; el prestador en el Consultorio deberá anotar el código 86592 Prueba de sífilis; anticuerpo no treponémico; cualitativo RPR-VDRL



DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	75799999		10	Chupaca	29	A	M	PC			N	N								Z3591
	75799999					M					C	C								86592
			58	La Perla		D	F	Pab			R	R								99402.05

TAMIZAJE A TRAVÉS DE PRUEBAS RÁPIDAS DUALES

Pruebas rápidas duales para VIH y Sífilis. - Son pruebas rápidas para Tamizaje para VIH y Sífilis que detectan anticuerpos de manera conjunta mediante un solo procedimiento y cuyo resultado se entrega a la gestante en menos de 30 minutos. Se realiza por personal profesional capacitado.

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

- En el casillero 1º Supervisión de Embarazo con Riesgo [*Especificar las semanas de gestación*]
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH (No Reactivo o Reactivo) según sea
- En el casillero 5º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el ítem **Tipo de Diagnóstico**, maque claramente:

- En todos los casilleros: “D” por corresponder a la primera intervención

En el ítem **Lab** anote:

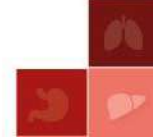
- En el casillero 1º **Lab1** de la Atención Prenatal: el número de CPN 1, 2, 3, 4, 5, 6... según corresponda, y en **Lab2**, anotar las semanas de gestación
- En los casilleros de las Consejerías: en las filas 2º y 4º de la Consejería Pre y Post test, anote:
 - 1 si es la 1º Batería de laboratorio
 - 2 si es la 2º Batería de laboratorio
- En los casilleros Lab de la Prueba Dual registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado, en el casillero 1º (**Lab1**) anote el **Resultado para VIH**, y en el casillero 2º (**Lab2**) el resultado para **Sífilis**:
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es negativo

Procedimientos realizados a través de la Primera Batería

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	06451254		2	Pangoa	25	A	M	PC			N	N								Z3591
	06451254					M					C	C								99401.33
			58	San Ramón		D	F	Pab			R	R								86318.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
						A	M	PC			N	N								99401.34
						M					C	C								99402.05
						D	F	Pab			R	R								

Procedimientos realizados a través de la Segunda Batería

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



- En el casillero 1º Supervisión de Embarazo con Riesgo [*Especificar las semanas de gestación*]
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual)
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH (No Reactivo o Reactivo) según sea
- En el casillero 5º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el ítem **Tipo de Diagnóstico**, maque claramente:

- En los casilleros de las Consejerías y Prueba Dual: **“R”** por corresponder a la segunda batería

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º **Lab1** de la Atención Prenatal: el número de CPN 6,7,8... según corresponda, y en **Lab2** anotar las semanas de gestación.
- En los casilleros de las Consejerías: en las filas 2º y 4º de la Consejería Pre y Post test, anote:
 - **1** si es la 1º Batería de laboratorio
 - **2** si es la 2º Batería de laboratorio
- En los casilleros Lab de la Prueba Dual registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado, en el casillero 1º (**Lab1**) anote el **Resultado para VIH**, y en el casillero 2º (**Lab2**) el resultado para **Sífilis**:
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es negativo
 -

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	06451254	2	Pangoa	25	M	PC	PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 28 semanas	P	A	R	6	28	Z3592				
	06451254	58	San Ramón	25	M	Pab	TALLA	C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R	2		99401.33				
					D		F	Hb	R	R	Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual)	P	D	R	RN	RN	86318.01			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	PC	PESO	N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R	2		99401.34				
					M		TALLA	C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	D	R	2		99402.05				
					D	F	Hb	R	R		P	D	R							

La consejería debe registrarse con “D” en el ítem [Tipo de Diagnóstico] siempre que se refiera al primer tamizaje durante el año.

SÍFILIS CONGÉNITA

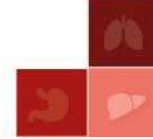
Definición Operativa.- Se considera como caso de sífilis congénita para efectos de vigilancia cualquier recién nacido que cumpla con UNO o más de las siguientes condiciones:

- Todo producto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo), de una gestante con sífilis y sin tratamiento completo y adecuado.
- Todo producto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) o niños menores de 02 años de edad, de una madre con serología reactiva para sífilis (PRD/PRS o RPR) y con evidencia clínica o laboratorial de infección por sífilis.

La evidencia clínica se detalla en el Anexo 15¹ y la evidencia laboratorial de sífilis congénita incluye cualquiera de los siguientes criterios:

- RN con una serología no treponémica al menos de dos (2) veces mayor a los títulos maternos (Ej. Si la madre tiene 1:8 dils; el RN debe ser mayor o igual a 1:32 dils).
- Detección de IgM específica para *T. pallidum* por FTA Abs.
- Demostración por microscopía de campo oscuro o prueba directa con anticuerpos fluorescentes para la presencia de *T. pallidum*

¹ Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis. Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B -Lima: 2020.



TRATAMIENTO DE SÍFILIS CONGÉNITA

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

- En el casillero 1º Sífilis Congénita
- En el casillero 2º Administración de Tratamiento

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

- En el casillero 1º SIEMPRE "R"

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º del Tratamiento: "TA" que indica término de tratamiento (10 días o según escenarios de normativa vigente)

INICIAN TRATAMIENTO

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTAY/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	06451254		10	Pangoa	1	A	M	PC	PESO		N	N	Sífilis Congénita	P	D	R				A509	
	06451254		58	San Martín		M		Pab	TALLA		X	X	Administración de Tratamiento	P	X	R	IA			99199.11	
						X	X		Hb		R	R		P	D	R					

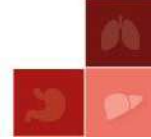
TERMINAN TRATAMIENTO

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTAY/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	06451254		10	Pangoa	10	A	M	PC	PESO		N	N	Sífilis Congénita	P	D	R				A509	
	06451254		58	San Martín		M		Pab	TALLA		X	X	Administración de Tratamiento	P	X	R	TA			99199.11	
						X	X		Hb		R	R		P	D	R					

EXPOSICIÓN A SÍFILIS

Recién Nacido Expuesto a Sífilis

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTAY/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	95959595		10	Pangoa	1	A	M	PC	PESO		X	X	Sífilis Congénita	X	D	R				A509	
	95959595		58	San Martín		M		Pab	TALLA		C	C		P	D	R					
						X	F		Hb		R	R		P	D	R					



HEPATITIS B



Las pruebas para el Tamizaje de Hepatitis pueden ser realizadas a través de:

- Prueba Rápida para Hepatitis B → código "87342"
- Detección de ELISA para Hepatitis B → código "87340"
- Quimioluminiscencia CLIA para Hepatitis B → código "82397"

Toda vez que Laboratorio no registra información en el HIS, el prestador en el Consultorio, deberá anotar el procedimiento "87340" o la codificación pertinente a procedimientos de Laboratorio con su respectivo resultado "RP" o "RN"

TAMIZAJE DE HEPATITIS B

Es la actividad dirigida a realizar una prueba de detección de antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B. El tamizaje de Hepatitis B comprende:

Tamizaje con prueba rápida de Hepatitis B: Es la actividad dirigida a realizar una prueba de tamizaje inmunocromatográfica para detección cualitativa del antígeno de superficie del virus de Hepatitis B (HBsAg). Se realiza en el punto de atención (consulta externa, brigadas itinerantes, organizaciones de base comunitaria, campañas, espacios de socialización) y el resultado debe leerse según lo que indique el inserto del producto.

Tamizaje con Detección de ELISA para Hepatitis B: Es la actividad dirigida a realizar una prueba de tamizaje mediante la técnica de inmunoensayo enzimático, la cual se realiza en Laboratorio.

Tamizaje con Quimioluminiscencia para Hepatitis B: Es la actividad dirigida a realizar una prueba de tamizaje para la detección del HBsAg, mediante la técnica basada en el uso de la luz que es liberada en algunas reacciones químicas para detectar la presencia del virus y no la de anticuerpos. Esta prueba se realiza en el laboratorio o bancos de sangre.

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

- En el casillero 1º: Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida
- En el casillero 2º: registrar Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem código CIE/CPT

En el casillero 1º: Si el motivo de consulta y/o actividad es "Detección de HBsAg", registrar código según tipo de prueba:

- Si el tamizaje es con **prueba rápida** registrar el código **87342**;
- Si el tamizaje es con Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAb) **en Laboratorio**, registrar el código **86706**;

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el casillero 1º marque "**D**" sólo cuando sea el primer tamizaje del año; y "**R**" para los siguientes tamizajes de la misma persona durante el año en curso y en cualquier IPRESS donde se registre el HIS.
- En el casillero 2º marque "**D**" sólo en la primera Consejería en el año; marcar "**R**" si la paciente recibe más consejerías en el mismo año.

En el ítem LAB registrar:

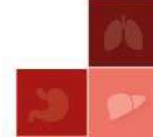
- En el casillero 1º de la Prueba: el resultado del tamizaje:
 - **RP Resultado Reactivo**
 - **RN Resultado Negativo**
- En el casillero 1º de la Consejería: registrar la POBLACIÓN correspondiente:

○ TS = Trabajador Sexual	○ TTS = Transgénero que es TS
○ HSH = Hombre que tiene sexo con hombre	○ PPL = Persona privada de su libertad
○ TRA = Transgénero	○ En Blanco = Población General
○ HTS = HSH que es TS	

Cuando se trata del Primer Tamizaje durante el año

En el ítem **Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud**, registre:

- En el casillero 1º Anote el procedimiento de la Prueba Rápida
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

**En el ítem Tipo de diagnóstico:**

- En el casillero 1º y 2º marque “D” por tratarse de procedimientos realizados en la persona por primera vez durante el año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Prueba: el resultado del tamizaje:
 - RP si el resultado es reactivo
 - RN si el resultado es negativo
- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la POBLACIÓN al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - PPL = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	42479999	10	Pangoa	21	M	PC	PESO			Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	D	R	RN			87342		
	42479999	58	San Martín		M	Pab	TALLA		C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	HSH			99402.05		
					D		Hb		R		P	D	R						

Forma de registro del segundo tamizaje en el mismo año**En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, registre:**

- En el casillero 1º el Procedimiento de Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º marque “R” por tratarse de procedimientos repetidos, realizados en la misma persona durante mismo año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Prueba: el resultado del tamizaje:
 - RP si el resultado es positivo
 - RN si el resultado es negativo
- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la POBLACIÓN al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - PPL = Persona privada de su libertad

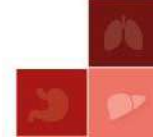
DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	42479999	10	Pangoa	21	M	PC	PESO		N	N	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	D	R	RN		87342		
	42479999	58	San Martín		M	Pab	TALLA			Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	HSH			99402.05		
					D		Hb		R		P	D	R						

Resultado Reactivo**En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, registre:**

- En el casillero 1º el Procedimiento de Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º marque “D” por tratarse de procedimientos realizados por primera vez en el año.

**En el ítem Lab anote:**

- En el casillero 1º de la Prueba: “**RP**” de resultado reactivo
- En el casillero 2º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN** al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE/ CPT																
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																																			
	06521423		10	Pangoa		24	M	PC				Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	X	R	RP																			87342
	06521423			San Martín			M					Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	X	R	PPL																		99402.05	
			58	San Martín			F	Pab				Hb			R	R																			

Cuando el tamizaje se realiza en el Laboratorio y se evalúa el resultado en el Consultorio, usar la siguiente codificación:

87340	Detección de antígeno de superficie de virus de Hepatitis B (HBsAg) por ELISA
82397	Ensayo de Quimioluminiscencia CLIA
86706	Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (Anti HBs)
86704	Detección de Anticuerpo total contra el antígeno Core VHB. (Anti HBe total)
86705	Anticuerpos IgM contra el antígeno “Core” del VHB. (Anti IgM HBe)
86707	Anticuerpos contra el antígeno “E” de la Hepatitis B (Anti HBe)
87351	Detección de Antígeno “E” de la Hepatitis por Virus B (HBe Ag)
87800.01	Carga Viral del Virus de la Hepatitis B (HBV) - PCR en Tiempo Real

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Tipo de diagnóstico:

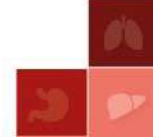
- En el casillero 1º y 2º marque “**D**” si son procedimientos que se realizan por primera vez en el año o “**R**” si los procedimientos son repetidos en la misma persona durante mismo año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º anote el resultado del tamizaje:
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es negativo
- En el casillero 2º de Consejería la sigla de la **POBLACIÓN** al que corresponde el paciente.

- **[En Blanco]** = Población General
- **TS** = Trabajador Sexual
- **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
- **TRA** = Transgénero
- **HTS** = HSH que es TS
- **TTS** = Transgénero que es TS
- **PPL** = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE/ CPT																
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																																			
	73434141		10	Pangoa		33	M	PC			N	N	Detección de Hepatitis B por ELISA	P	X	R	RN																		87340
	73434141			San Martín			M						Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	X	R	PPL																		99402.05
			58	San Martín			F	Pab				Hb			R	R																			



DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	43434141	10	Pangoa	43	M	PC	PESO	N	N	Detección de Hepatitis B por ELISA	P	A	R	RN			87340
	43434141		San Martín		M		TALLA	X	X	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	A	R	HSH			99402.05
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Resultado Reactivo

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem **Tipo de diagnóstico**:

- En el casillero 1º y 2º marque “D” si son procedimientos que se realizan por primera vez en el año o “R” si los procedimientos son repetidos en la misma persona durante el mismo año.

En el ítem **Lab anote**:

- En el casillero 1º de la Prueba: **“RP” de Resultado Reactivo**
- En el casillero 2º de la Consejería: la sigla de la POBLACIÓN CLAVE al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - PPL = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	43434141	10	Pangoa	43	M	PC	PESO	X	X	Detección de Hepatitis B por Quimioluminiscencia	P	A	R	RP			82397
	43434141		San Martín		M		TALLA	C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	A	R	TS			99402.05
		58			D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

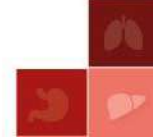
HEPATITIS B CRÓNICA

Infección Crónica por el VHB: Es el caso de ausencia de Hepatitis Aguda y la presencia del HBsAg (antígeno de superficie) por más de seis meses o por presentar la Ig M anti-HBc negativo, más HBsAg positivo, más Anti HBc total positivo.

Paciente con el VHB que inicia tratamiento: Es todo paciente que inicia terapia antiviral e ingresa por primera vez al sistema de registro del Ministerio de Salud.

Sólo en este caso, al registrar “Administración de Tratamiento”, deberá anotar la sigla “IA”.

Paciente con el VHB que están en tratamiento: Es todo paciente que actualmente está recibiendo tratamiento antiviral. *Es importante que sólo el primer procedimiento de “Administración de Tratamiento” en el año se registre como Tipo de diagnóstico “D”.*



En el ítem **Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud**, registre:

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Hepatitis B Crónica
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 3º Administración de Tratamiento

En el ítem **Tipo de diagnóstico**:

- En el casillero 1º y 2º marque **"D"** si son procedimientos que se realizan por primera vez en el año o **"R"** si los procedimientos son repetidos en la misma persona durante mismo año.

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º la sigla de la **POBLACIÓN** intervenida al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **G** = Gestante
 - **PPL** = Persona privada de su libertad
- En el casillero 1º del Tratamiento: **"IA"** el inicio de tratamiento por primera vez en la vida del paciente.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	25721552	10	Junín	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				B181	
	25721552	58	Huayre		<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS			99402.05	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA			99199.11

En el caso de Hepatitis Crónica, los tratamientos serán enumerados en cada entrega durante el año según normatividad vigente. Al iniciar cada año el 1er tratamiento deberá empezar por 1. Registre "IA" sólo cuando el paciente inicia tratamiento e ingresa por primera vez al sistema de registro del Ministerio de Salud

PACIENTE CON INFECCIÓN CRÓNICA POR VHB QUE INICIA TRATAMIENTO ANTIVIRAL CUANDO EN LA CONSULTA MÉDICA SÓLO SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO Y CONSEJERÍA

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

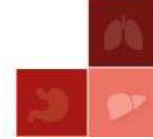
En el ítem **Tipo de diagnóstico**:

- En el casillero 2º marque **"D"** si la Consejería brindada al paciente es por primera vez en el año o **"R"** si el paciente previamente recibió Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B, durante el año.

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	25721552	10	Junín	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				B181	
	25721552	58	Huayre		<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS			99402.05	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	<input checked="" type="checkbox"/>	R								



CUANDO EL TRATAMIENTO ES BRINDADO POR OTRO PRESTADOR

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 3º Administración de tratamiento

En el ítem **Tipo de diagnóstico**:

- En el casillero 1º y 2º marque **"D"** si son procedimientos que se realizan por primera vez en el año o **"R"** si los procedimientos son repetidos en la misma persona durante mismo año.

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **PPL** = Persona privada de su libertad
 - **TRA** = Transgénero
- En el casillero 1º del Tratamiento: **"IA"** Administración de tratamiento por primera vez en la vida del paciente.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	25721552		10	Junín	25	M	PC	PESO		N	N	Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta	P	D	R				B181	
	25721552		58	Huayre		M		TALLA		C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TS			99402.05	
						D	Pab	Hb		R	R	Administración de Tratamiento	P	D	R	IA			99199.11	

El ejemplo anterior supone que el paciente inicia tratamiento e ingresa por primera vez al sistema de registro del Ministerio de Salud. Cuando se brinde el primer tratamiento del siguiente año, en el ítem Tipo de diagnóstico deberá marcar "D" y dejar Lab en blanco.

Registro de Paciente en tratamiento que recibe la segunda dosis del mismo año.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	25721552		10	Junín	25	M	PC	PESO		N	N	Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta	P	D	R				B181	
	25721552		58	Huayre		M		TALLA		C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TS			99402.05	
						D	Pab	Hb		R	R	Administración de Tratamiento	P	D	R	2			99199.11	

Registro de Paciente en tratamiento, que recibe la primera dosis del siguiente año.

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 3º Administración de tratamiento

En el ítem **Tipo de diagnóstico**:

- En el casillero 1º y 2º marque **"D"** si son morbilidad/procedimientos que se realizan por primera vez en el año, o **"R"** si los morbilidad/procedimientos son repetidos en la misma persona durante mismo año.

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **TRA** = Transgénero

- HTS = HSH que es TS
- TTS = Transgénero que es TS
- PPL = Persona privada de su libertad

- En el casillero 1º de la Administración de tratamiento: "1" que representa la primera dosis del año.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	25721552	10	Junín	25	M	PC	PESO	N	N	Hepatitis Virus Tipo B Cronica, sin Agente Delta	P	D	R				B181
	25721552				M		TALLA	C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TS			99402.05
		58	Huayre		D	Pab	Hb	R	R	Administración de Tratamiento	P	D	R	1			99199.11

CUANDO EL PACIENTE PERTENEZCA A POBLACIÓN CLAVE O POBLACIÓN EN RIESGO

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	25721552	10	Junín	25	M	PC	PESO	N	N	Hepatitis Virus Tipo B Cronica, sin Agente Delta	P	D	R				B181
	25721552				M		TALLA	C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TS			99402.05
		58	Huayre		D	Pab	Hb	R	R	Administración de Tratamiento	P	D	R	3			99199.11

CUANDO EXISTAN RIESGOS DE ABANDONO AL TRATAMIENTO

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	25721552	10	Junín	25	M	PC	PESO	N	N	Hepatitis Virus Tipo B Cronica, sin Agente Delta	P	D	R				B181
	25721552				M		TALLA	C	C	Identificar factores de riesgo abandono al tratamiento de TB, VIH y otros	P	D	R				99210.05
		58	Huayre		D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL (HEPATITIS)

TAMIZAJE CON PRUEBA RÁPIDA EN GESTANTES

Resultado No Reactivo

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, registre:

- En el casillero 1º Supervisión de Embarazo Normal/Alto riesgo [*Especificar las semanas de gestación*]
- En el casillero 2º Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida con código 87342
- En el casillero 3º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º **Lab1** de la Supervisión del Embarazo: el número de CPN 1,2,3,4,5,6,7... según corresponda, en el **Lab2** anotar las semanas de gestación
- En el casillero 1º de la Prueba: registre la sigla que determine el resultado
 - **RP** si el resultado es Reactivo
 - **RN** si el resultado es No Reactivo
- En el casillero 1º de la Consejería: "1" si la Prueba corresponde a la Primera Batería

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	42991111	10	Junín	21	M	PC	PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	D	R	1	8		Z3591
	42991111				M		TALLA	C	C	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	D	R	RN			87342
		58	Huayre		D	Pab	Hb	R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	1			99402.05

Resultado Reactivo

Para las Pruebas Rápidas Reactivas: Solicitar pruebas confirmatorias ELISA HBsAg, CV HVB, HBeAg

- En el casillero 1º Supervisión de Embarazo Normal/Alto riesgo [Especificar las semanas de gestación]
- En el casillero 2º Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida
- En el casillero 3º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Supervisión del Embarazo: el trimestre de gestación 1,2,3 según corresponda, en el **Lab2** anotar las semanas de gestación
- En el casillero 1º de la Prueba: la sigla que determine el resultado
 - **RP** si el resultado es Reactivo
 - **RN** si el resultado es No Reactivo
- En el casillero 1º de la Consejería: "1" si la Prueba corresponde a la Primera Batería

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
	42991111		10	Junin	21	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	P	X	R	1	8		Z359									
	42991111		58	Huayre		M		TALLA		X	X	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	X	R	RP			87342									
						D	Pab	Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	X	R	1			99402.05									

Cuando la gestante inicia tratamiento (A partir de las 24 – 28 semanas de gestación)

- Gestante con HBsAg y HBeAg positivo deberá iniciar tratamiento antiviral independientemente del resultado de la carga viral.
- Gestante con HBsAg y HBeAg negativo y la carga viral es mayor de 200,000 UI/ml o presenta evidencias de disfunción o daño hepático (TGP > 02 veces el límite superior normal) debe iniciar con tratamiento antiviral, de lo contrario NO indicar el tratamiento antiviral

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
	42991111		10	Junin	21	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo de alto riesgo de 28 semanas	P	X	R	3	28		Z359									
	42991111		58	Huayre		M		TALLA		X	X	Hepatitis Viral que complica el Embarazo	P	X	R				O984									
						D	Pab	Hb		R	R	Administración de Tratamiento	P	X	R	IA			99199.11									

Gestante continúa con tratamiento para Hepatitis B:

- En el casillero 1º Supervisión de Embarazo Normal/Alto riesgo [Especificar las semanas de gestación]
- En el casillero 2º Hepatitis Viral que complica el Embarazo
- En el casillero 3º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Supervisión del Embarazo: el trimestre de gestación 1,2,3 según corresponda, en el **Lab2** anotar las semanas de gestación.
- En el casillero 1º del Tratamiento: el número de tratamiento 2, 3, 4 según corresponda

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
	42991111		10	Junin	21	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo de alto riesgo de 32 semanas	P	X	R	3	32		Z359									
	42991111		58	Huayre		M		TALLA		X	X	Hepatitis Viral que complica el Embarazo	P	D	X				O984									
						D	Pab	Hb		R	R	Administración de Tratamiento	P	X	R	2			99199.11									

Para el registro de la morbilidad en gestantes debe utilizar el código CIE O98.4 Hepatitis viral que complica el embarazo, el parto y el puerperio

RECIÉN NACIDO EXPUESTO A HEPATITIS B

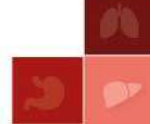
Son los recién nacidos de gestantes con HBsAg reactivo.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1°	2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	99887766	10	Junín	1	A	M	PC			Contacto con y Exposición a Hepatitis Viral	P	D	R				Z205		
	99887766				M			C	C	Vacunación Antihepatitis Viral B	P	A	R	1			90744		
		58	Huayre		D		Pab		R	Administración Inmunoglobulina de la hepatitis B (HBig)	P	A	R				90371		

Seguimiento a niños expuestos a Hepatitis B

Para el seguimiento del recién nacido expuesto a la hepatitis B, se solicita las pruebas de HBsAg y Anti HBsAg entre los 9 y 12 meses de edad.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1°	2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	99887766	10	Junín	9	A	M	PC		N	N	Contacto con y Exposición a Hepatitis Viral	P	D	R			Z205		
	99887766				M					Detección de Hepatitis B por ELISA	P	A	R	RN			87340		
		58	Huayre		D		Pab		R	R	Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAb)	P	A	R			86706		



HEPATITIS C

Las pruebas para el Tamizaje de Hepatitis C pueden ser realizadas a través de:

- Prueba Rápida para Hepatitis C → código "86803.01"
- ELISA para Hepatitis C → código "86803"

Toda vez que Laboratorio no registra información en el HIS, el prestador en el Consultorio, deberá anotar el

Prueba rápida para Hepatitis C:

La prueba rápida de la hepatitis C (VHC) es una prueba inmunocromatografica que se utiliza para la detección cualitativa de anticuerpos del virus de la hepatitis C en sangre total, suero o plasma.

Detección de Anticuerpos contra la hepatitis C (VHC):

Es un marcador serológico de infección presente o pasada, el cual puede ser detectado en sangre, usualmente entre los dos o tres meses de infección o exposición al virus. Carga Viral de VHC:

Carga Viral de VHC:

Está referida a la cuantificación del ARN del VHC circulando en plasma sanguíneo. Se mide en unidades internacionales por milímetro de plasmas (UI/ml)

Definiciones de monitoreo de la información operacional

Persona tamizada para Hepatitis C.- Es toda persona a la que se le realiza una prueba de tamizaje para detectar anticuerpos contra el VHC (incluye pre- quirúrgicos, banco de sangre, hemodiálisis, campañas, etc.).

Persona con prueba de tamizaje reactivo para Hepatitis C.- Es toda persona tamizada para Hepatitis C con prueba de detección de anticuerpo contra el VHC con resultado reactivo.

Persona con prueba de detección de ARN VHC .- Es toda persona con prueba de tamizaje reactivo para Hepatitis C a la que se le realiza una prueba cuantitativa o cualitativa de amplificación de ácidos nucleicos para detectar el ARN del VHC.

Persona con infección crónica por el Virus de la Hepatitis C.- Es toda persona con prueba de detección de ARN VHC con resultado que indica presencia de carga viral.

Caso VHC que inicia tratamiento.- Es toda persona que inicia terapia antiviral e ingresa por primera vez al sistema de registro del Ministerio de Salud, en establecimientos públicos o privados del ámbito nacional.

Caso VHC que está en tratamiento.- Es toda persona que actualmente está recibiendo tratamiento antiviral.

Caso VHC que completó tratamiento.- Es toda persona que completó el tratamiento antiviral indicado.

Caso VHC curado.- Es todo caso que completó tratamiento y que presenta supresión virológica 12 semanas después de haberlo culminado.

TAMIZAJE PARA HEPATITIS C

Resultado No Reactivo

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el casillero 1º el Diagnóstico Detección de Hepatitis C – ELISA
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º marque "D" por tratarse de procedimientos realizados en la persona por primera vez durante el año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Prueba: anote el resultado del tamizaje:
 - RP si el resultado es reactivo
 - RN si el resultado es negativo
- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente.

○ [En Blanco] = Población General	○ HTS = HSH que es TS
○ TS = Trabajador Sexual	○ TTS = Transgénero que es TS
○ HSH = Hombre que tiene sexo con hombre	○ PPL = Persona privada de su libertad
○ TRA = Transgénero	

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	42992222	10	Junín	22	M	PC	PESO	N	N	Detección de Hepatitis C – Prueba Rápida	P	X	R	RN			86803.01
	42992222	58	Huayre		M	Pab	TALLA	X	X	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	X	R				99402.05
					D		Hb	R	R		P	D	R				

Resultado Reactivo

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Detección de Hepatitis C – ELISA
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º y 2º marque “D” por tratarse procedimientos realizados por primera vez en el año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Prueba: “RP” de resultado reactivo
- En el casillero 2º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - PPL = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	06521423	10	Junín	28	M	PC	PESO	N	N	Detección de Hepatitis C – ELISA	P	X	R	RP			86803
	06521423	58	Huayre		M	Pab	TALLA	X	X	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	X	R	TTS			99402.05
					D		Hb	R	R		P	D	R				

A toda persona con un resultado positivo de tamizaje para Hepatitis C (Prueba Rápida o ELISA), se debe realizar la confirmación de la infección virémica a través de una Prueba de amplificación de ácido nucleico cuantitativa o cualitativa sensible para la detección del ARN del virus de la Hepatitis C.

Para el caso, usar la siguiente codificación, según corresponda:

87521 Prueba de Amplificación por ácido nucleico para Hepatitis C, incluye transcripción reversa

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	06521423	10	Junín	28	M	PC	PESO	N	N	Prueba de Amplificación por ácido nucleico para Hepatitis C	P	X	R	RP			87521
	06521423	58	Huayre		M	Pab	TALLA	X	X	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	X	R				99402.05
					D		Hb	R	R		P	D	R				

PERSONA CON INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIRUS DE HEPATITIS C

Es todo caso confirmado de VHC, con ausencia de Hepatitis aguda y la presencia de ARN del Virus de Hepatitis C determinado por carga viral.

En el Consultorio:**En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:**

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Viral Tipo C Crónica
- En el casillero 2º el Procedimiento Carga Viral del Virus de la Hepatitis C (HCV)-PCR en Tiempo Real
- En el casillero 3º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el Tipo de Diagnóstico, anote:

- En el casillero 1º marque **"D"**

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / / /		
	06521423	10	Junin	28	M	PC	PESO	N	N	Hepatitis Viral Tipo C Crónica	P	D	R				B182		
	06521423				M		TALLA			Carga Viral del Virus de la Hepatitis C (HCV)-PCR en Tiempo Real	P	D	R				87522.01		
		58	Huayre		D	Pab	Hb	R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TS			99402.05		

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA HEPATITIS C**INICIO DE TRATAMIENTO****En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:**

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Viral Tipo C Crónica
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 3º Administración de tratamiento

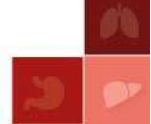
En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el casillero 1º Marque siempre **"R"** por tratarse de un diagnóstico Repetido
- En el casillero 2º Marque **"R"**, si el paciente previamente recibió Consejería
- En el casillero 3º marque **"D"** siempre que inicie el tratamiento, en la entrega del resto de tratamiento marcar **"R"**

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **PPL** = Persona privada de su libertad
- En el casillero 1º de la Administración de tratamiento: **"IA"** cuando inicia el tratamiento.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / / /		
	06521423	10	Junin	28	M	PC	PESO	N	N	Hepatitis Viral Tipo C Crónica	P	D	R				B182		
	06521423				M		TALLA			Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R				99402.05		
		58	Huayre		D	Pab	Hb	R	R	Administración de Tratamiento	P	D	R	IA			99199.11		



PACIENTES CONTINÚAN EL TRATAMIENTO

En el ítem **Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud**, registre:

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Viral Tipo C Crónica
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis
- En el casillero 3º Administración de tratamiento

En el ítem **Tipo de diagnóstico**, anote

- En el casillero 1º marque siempre **"R"** por tratarse de un diagnóstico Repetido
- En el casillero 2º marque **"R"**, si el paciente previamente recibió Consejería
- En el casillero 3º marque **"D"**

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **PPL** = Persona privada de su libertad
- En el casillero 1º de la Administración de tratamiento: **"2, TA"** según sea el caso de la entrega de tratamiento

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	06521423		10	Junín	28	M	M	PC	PESO		N	N	Hepatitis Viral Tipo C Crónica	P	D	R				B182
	06521423		58	Huayre		M		Pab	TALLA				Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R				99402.05
						D			Hb		R	R	Administración de Tratamiento	P		R	2			99199.11

FIN DE TRATAMIENTO

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Viral Tipo C Crónica
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis
- En el casillero 3º Administración de tratamiento

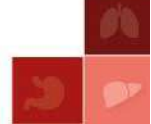
En el ítem **Tipo de diagnóstico**:

- En el casillero 1º Marque siempre **"R"** por tratarse de un diagnóstico Repetido
- En el casillero 2º Marque **"R"**, si el paciente previamente recibió Consejería
- En el casillero 3º marque **"D"**

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **PPL** = Persona privada de su libertad
- En el casillero 1º de la Administración de tratamiento: anote **"TA"** cuando se brinda la última dosis del tratamiento.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	06521423		10	Junín	28	M	M	PC	PESO		N	N	Hepatitis Viral Tipo C Crónica	P	D	R				B182
	06521423		58	Huayre		M		Pab	TALLA				Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R				99402.05
						D			Hb		R	R	Administración de Tratamiento	P		R	TA			99199.11



CUANDO EL PACIENTE PRESENTA SUPRESIÓN VIROLÓGICA 12 SEMANAS DESPUÉS DE COMPLETAR TRATAMIENTO (CURADO)

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

- En el casillero 1º el Diagnóstico Hepatitis Viral Tipo C Crónica
- En el casillero 2º Administración de tratamiento

En el ítem **Tipo de diagnóstico**:

- En el casillero 1º Marque siempre **"R"**
- En el casillero 2º Marque **"D"**

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º de la morbilidad: anote la sigla **"PC"**
- En el casillero 1º de la Prueba: registre el Resultado Negativo con **"RN"**

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO							P	D	R	1º	2º	3º				
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	21212121		10	Río Negro	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Hepatitis Viral Tipo C Crónica	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PC				B182
	21212121		58	Picotuna		<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detección Molecular del Virus Hepatitis C (HCV) - PCR en Tiempo Real	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN				87522.01
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R		P	D	R					

VIH Y SIDA

Las pruebas para el Tamizaje de VIH pueden ser realizadas a través de:

- Prueba Rápida de Anticuerpo para VIH → código "86703.01"
- Prueba Rápida de Antígeno y Anticuerpo para VIH → código "86703.02"
- Detección de VIH por ELISA → código "87389"

Toda vez que Laboratorio no registra información en el HIS, el prestador en el Consultorio, deberá anotar dichos procedimientos con su respectivo resultado "RP" o "RN"

TAMIZAJE PARA VIH

PRUEBA RÁPIDA PARA VIH: Es una prueba de tamizaje (Prueba inmunocromatográfica) para la detección rápida de anticuerpos contra el VIH (Prueba rápida de tercera generación), en muestras como sangre capilar o venosa, suero o plasma. También existen pruebas rápidas que detectan la presencia de antígenos y anticuerpos contra el VIH (Prueba rápida de cuarta generación).

Quando se realiza en el consultorio (Prueba Rápida)

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

- En el casillero 1º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 2º Detección de VIH – Prueba Rápida
- En el casillero 3º la Consejería Post-Test de acuerdo al resultado, puede ser:
 - **NO REACTIVO** **RN**
 - **REACTIVO** **RP**

En el ítem **Tipo de diagnóstico** marque "D" si el procedimiento se realiza por primera vez en el año, "R" para registrar los procedimientos repetidos en el mismo año.

En el ítem **Lab** anote:

- En el 1º de las Consejerías: la sigla de la **POBLACIÓN** al que corresponde el paciente.
 - **[En Blanco]** = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **TBC** = Paciente con Tuberculosis
 - **PPL** = Persona privada de su libertad
- En el casillero 2º la sigla que corresponda al resultado de la prueba realizada
 - **RP** si el resultado es positivo
 - **RN** si el resultado es negativo

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	06451254	10	Pangoa	32	M	PC	PESO			Consejería Pre Test para VIH	P	D	R				99401.33
	06451254		San Ramón		F	Pab	TALLA		C	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	D	R	RN			86703.01
		58			D		Hb		R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R				99401.34

Registro del segundo tamizaje en el mismo año

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	06451254	10	Pangoa	32	M	PC	PESO		N	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R				99401.33
	06451254		San Ramón		F	Pab	TALLA		C	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	D	R	RN			86703.01
		58			D		Hb		R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R				99401.34

Registro del tamizaje con resultado reactivo "RP" a través de SEGUNDA PRUEBA RÁPIDA (Diferente fabricante o Cuarta generación)

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	06451254		10	Pangoa	32	A	M	PC	PESO	N	N	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R			99401.33
	06451254		58	San Ramón		M	F	Pab	TALLA	C	C	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	D	R	RP		86703.02
						D	F	Pab	Hb	R	R	Consejería Post Test para VIH Reactivo	P	D	R			99403.03

El segundo ejemplo corresponde al diagnóstico inicial de caso por VIH



Ante un segundo tamizaje reactivo y/o se confirme el caso de VIH, éste deberá ser reportado en la Ficha de notificación de VIH de acuerdo a la normatividad vigente, y ser remitido a la Oficina de Epidemiología correspondiente.

Cuando el tamizaje se realiza a población de un "POBLACIÓN CLAVE".

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	06451254		10	Pangoa	32	A	M	PC	PESO	N	N	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R	TS		99401.33
	06451254		58	San Ramón		M	F	Pab	TALLA	C	C	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	D	R	RN		86703.01
						D	F	Pab	Hb	R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R	TS		99401.34

Registro del segundo tamizaje en población clave, en el mismo año

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	06451254		10	Pangoa	32	A	M	PC	PESO	N	N	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R	TS		99401.33
	06451254		58	San Ramón		M	F	Pab	TALLA	C	C	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	D	R	RN		86703.01
						D	F	Pab	Hb	R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R	TS		99401.33

Recuerde: que en el ítem [Tipo de diagnóstico] deberá marcar "D" siempre que el

TAMIZAJE CON DETECCIÓN DE VIH POR ELISA

El personal de salud que se encuentra en los consultorios registra en un primer momento sólo la Consejería Pre Test, al evaluar el resultado debe registrar: [87389] "Detección de antígeno de agente infeccioso mediante técnica de inmunoensayo enzimático, cualitativo o semicuantitativo, método de pasos múltiples; antígeno(s) de HIV-1, con anticuerpos de HIV-1 y HIV-2, resultado único" o "Detección de VIH por ELISA" y la consejería Post Test, toda vez que en Laboratorio NO se registra HIS.

En el consultorio:

En el ítem Tipo de diagnóstico marque "D" si se trata de la primera consejería en el año o "R" a partir de la segunda consejería en el mismo año.

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

- En el casillero 1º Consejería Pre Test para VIH

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco]** = Población General
 - TS** = Trabajador Sexual
 - HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA** = Transgénero
 - HTS** = HSH que es TS
 - TTS** = Transgénero que es TS
 - TBC** = Paciente con Tuberculosis
 - PPL** = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	454545454		10	San Ramón	39	M	PC	PESO		N	N	Consejería Pre Test para VIH	P	X	R	HTS			99401.33		
	454545454		58	Huacara		M		TALLA		X	X		P	D	R						
						D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R					

Cuando retorna con el resultado de laboratorio

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

- En el casillero 1º Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único:
- En el casillero 2º Consejería Post test para VIH de acuerdo al resultado:
 - NO REACTIVO 99401.34**
 - REACTIVO 99403.03**

En el ítem Lab anote:

En el casillero 1º de la Prueba- el resultado del tamizaje:

- RP** si el resultado es positivo
- RN** si el resultado es negativo

En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente.

- [En Blanco]** = Población General
- TS** = Trabajador Sexual
- HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
- TRA** = Transgénero
- HTS** = HSH que es TS
- TTS** = Transgénero que es TS
- TBC** = Paciente con Tuberculosis
- PPL** = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	454545454		10	San Ramón	39	M	PC	PESO		N	N	Detección de VIH por ELISA	P	X	R	RP			87389		
	454545454		58	Huacara		M		TALLA		X	X	Consejería Post Test para VIH Reactivo	P	X	R	HTS			99403.03		
						D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R					

Recuerde: Si el tamizaje es a un grupo de riesgo, debe registrar la sigla tanto en el PRE TEST como en el POST TEST

Cuando el tamizaje es a un Contacto

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	07940723		10	Pangoa	21	M	PC	PESO		X	X	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	X	R				99401.33		
	07940723		58	San Ramón		M		TALLA		C	C	Detección de VIH por ELISA	P	X	R	RN			87389		
						D	F	Pab	Hb		R	R	Contacto con y Exposición VIH	P	X	R			Z206		

Contacto con y Exposición VIH se registra en "D" sólo en el primer contacto con la IPRESS, si el recibe atención por otro Prestador u Consultorio, registrar como tipo de diagnóstico "R".



TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL (VIH)

TAMIZAJE PARA VIH EN GESTANTES

CUANDO SE REALIZA EN EL CONSULTORIO (PRUEBA RÁPIDA)

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

- En el casillero 1º Supervisión de embarazo con riesgo de *[Especificar las semanas de gestación]*
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH – Prueba Rápida (**Tamizaje para VIH**)
- En el casillero 4º la Consejería Post Test de acuerdo al resultado:
 - NEGATIVO** 99401.34
 - REACTIVO** 99403.03

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º **Lab1** de la Atención Prenatal: el Nº de Control Prenatal en que se toma la prueba, en el **Lab2** anotar las semanas de gestación
- En el casillero 1º de las Consejerías Pre y Post Test:
 - “1”** si es la 1º Batería de laboratorio
 - “2”** si es la 2º Batería de laboratorio
- En el casillero 1º de la Prueba: registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
 - RP** si el resultado es positivo
 - RN** si el resultado es negativo

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	20203030	2	Apata	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	8		Z3591	
	20203030	58	La Unión		<input checked="" type="checkbox"/>	M				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99401.33	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab			R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		86703.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC			N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99401.34	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M					C	C		P	D	R				
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab			R	R		P	D	R				

Registro de Gestantes tamizadas para VIH el resultado es reactivo “RP”

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

- En el casillero 1º Supervisión de embarazo con riesgo de *[Especificar las semanas de gestación]*
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH – Prueba Rápida
- En el casillero 4º la Consejería Post Test de acuerdo al resultado:
 - NEGATIVO** 99401.34
 - REACTIVO** 99403.03
- En el casillero 5º Enfermedad por VIH que complica el embarazo con tipo de diagnóstico **“D”** sólo si la morbilidad no fue registrada previamente, en caso contrario marque **“R”**
- En el casillero 6º Administración de Tratamiento

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º de la Atención Prenatal: el Nº de CPN en que se toma la prueba, en el **Lab2** anotar las semanas de gestación
- En el casillero 1º de las Consejerías Pre y Post Test:
 - “1”** si es la 1º Batería de laboratorio
 - “2”** si es la 2º Batería de laboratorio
- En el casillero 1º de la Prueba: registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
 - RP** si el resultado es positivo
 - RN** si el resultado es negativo

- En el casillero 1º del Tratamiento: **“IA”** solo al inicio de TAR y en el siguiente casillero 2º (**Lab2**) **“TAR”**

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / /												FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	20203030		2	Apata	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	Supervisión de embarazo de alto riesgo de 12 semanas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	12		Z3591
	20203030			La Unión	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería Pre Test para VIH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1			99401.33
			58				<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab			R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RP	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / /												FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
						<input checked="" type="checkbox"/>	A	PC			N	N	Consejería Post Test para VIH Reactivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1			99403.03
						<input checked="" type="checkbox"/>	M				C	C	Enfermedad por VIH que complica el embarazo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				O987
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab		R	R	Administración de Tratamiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	IA	TAR		99199.11

Sólo se registrará el inicio de TAR con **“IA”** en el campo Lab, en las siguientes sólo se registrará Administración de Tratamiento y en el campo Lab = TAR

En el caso de gestantes con pruebas reactivas para VIH, serán referidas a una IPRESS que administren TAR.

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / /												FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033950		10	Junín	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	Enfermedad por VIH que complica el embarazo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				O987
	07033950			Huayre	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Administración de Tratamiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TAR	DVR		99199.11
			58				<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab			R	R		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

CUANDO EL TAMIZAJE ES REALIZADO CON PRUEBAS RÁPIDAS DUALES

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

- En el casillero 1º Supervisión de Embarazo con Riesgo [*Especificar las semanas de gestación*]
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH (No Reactivo o Reactivo) según sea
- En el casillero 5º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º de la Atención Prenatal: el número de CPN correspondiente en que se toma la prueba, en el **Lab2** anotar las semanas de gestación
- En el casillero 1º de las Consejerías Pre y Post test, anote:
 - 1 si es la 1ª Batería de laboratorio
 - 2 si es la 2ª Batería de laboratorio
- En los casilleros Lab de la Prueba Dual registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado, en el casillero 1 (**Lab1**) anote el **Resultado para VIH**, y en el casillero 2º (**Lab2**) el resultado para **Sífilis**:
 - RP si el resultado es reactivo
 - RN si el resultado es negativo
- En el casillero de la Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis:
 - 1 si es la 1ª Batería de laboratorio
 - 2 si es la 2ª Batería de laboratorio

Procedimientos realizados a través de la Primera Batería

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	06451254		2	Pangoa	25	M	PC	PESO			Supervisión de embarazo normal no especificado de 8 semanas	P	R		1	8		Z3491
	06451254		58	San Ramón		M		TALLA	C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	R		1			99401.33
						D	Pab	Hb	R	R	Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual	P	R		RN	RN		86318.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
						A	PC	PESO	N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	R		1			99401.34
						M		TALLA	C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	R		1			99402.05
						D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Prueba Rápida Dual con resultado negativo para VIH y reactivo a Sífilis

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	06451254		2	Pangoa	25	M	PC	PESO			Supervisión de embarazo con riesgo no especificado de 8 semanas	P	R		1	8		Z3591
	06451254		58	San Ramón		M		TALLA	C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	R		1			99401.33
						D	Pab	Hb	R	R	Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual	P	R		RN	RP		86318.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
						A	PC	PESO	N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	R		1			99401.34
						M		TALLA	C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	R		1			99402.05
						D	Pab	Hb	R	R	Sífilis que complica el embarazo	P	R					O981
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
						A	PC	PESO	N	N	Administración de tratamiento	P	R		IA			99199.11
						M		TALLA	C	C		P	D	R				
						D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Prueba Rápida Dual con resultado reactivo para VIH y reactivo a Sífilis

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	06451254		2	Pangoa	25	M	PC	PESO			Supervisión de embarazo con riesgo no especificado de 12 semanas	P	R		1	12		Z3591
	06451254		58	San Ramón		M		TALLA	C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	R		1			99401.33
						D	Pab	Hb	R	R	Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual	P	R		RP	RP		86318.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
						A	PC	PESO	N	N	Consejería Post Test para VIH Reactivo	P	R		1			99403.03
						M		TALLA	C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	R		1			99402.05
						D	Pab	Hb	R	R	Sífilis que complica el embarazo	P	R					O981
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
						A	PC	PESO	N	N	Administración de tratamiento	P	R		IA			99199.11
						M		TALLA	C	C	Enfermedad de VIH que complica el embarazo, el parto y el puerperio	P	R					O987
						D	Pab	Hb	R	R	Administración de tratamiento	P	R		IA	TAR		99199.11

Procedimientos realizados a través de la Segunda Batería cuyos resultados son Negativos

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																													
	06451254		2	Pangoa	25	M	PC	PESO			Supervisión de embarazo normal no especificado de 24 semanas	P		R	5	24		Z3493											
	06451254		58	San Ramón		M		TALLA	C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R	2			99401.33											
						D	Pab	Hb	R	R	Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual)	P	D	R	RN	RN		86318.01											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																													
						A	PC	PESO	N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R	2			99401.34											
						M		TALLA	C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	D	R	2			99402.05											
						D	Pab	Hb	R	R		P	D	R															

TAMIZAJE CON DETECCIÓN DE VIH POR ELISA EN GESTANTES

Precisiones: El personal de salud que se encuentra en el Consultorio, registra todos los procedimientos al evaluar el resultado. Recuerde considerar el código: [87389] “Detección de VIH por ELISA”, las consejerías Pre - Post Test, toda vez que en Laboratorio NO se registra HIS.

En el consultorio:

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

- En el casillero 1º Supervisión de embarazo con riesgo de [Especificar las semanas de gestación]
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH por ELISA
- En el casillero 4º Consejería Post test para VIH de acuerdo al resultado:
 - **NO REACTIVO 99401.34**
 - **REACTIVO 99403.03**

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º **Lab1** de la Supervisión de Embarazo: 1,2,3 que corresponde al trimestre de gestación, en **Lab2** anotar las semanas de gestación.
- En los casilleros de las Consejerías Pre Test y Post Test
 - **1** si es la 1º Batería de Laboratorio
 - **2** si es la 2º Batería de Laboratorio
- En el casillero 1º de la Prueba: el resultado de la Detección de VIH por ELISA:
 - **RP** si el resultado es positivo
 - **RN** si el resultado es negativo

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																													
	06451254		2	Pangoa	25	M	PC	PESO			Supervisión de embarazo normal no especificado	P		R	1	8		Z359											
	06451254		58	San Ramón		M		TALLA	C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R	1			99401.33											
						D	Pab	Hb	R	R	Detección de VIH por ELISA	P	D	R	RN			87389											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																													
						A	PC	PESO	N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R	1			99401.34											
						M		TALLA	C	C		P	D	R															
						D	Pab	Hb	R	R		P	D	R															



PACIENTE QUE RECIBE TAR E INICIA GESTACIÓN

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

- En el casillero 1º, Enfermedad por VIH que complica el embarazo con tipo de diagnóstico "D" sólo si no fue registrada previamente en ninguna IPRESS, en otro caso marcar "R".
- En el casillero 2º Consejería de Soporte a Personas que viven con VIH/SIDA
- En el casillero 3º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del Tratamiento: la sigla "TAR"

Continúan Tratamiento

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
	07033950	10	Junín	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		N	N	Enfermedad por VIH que complica el embarazo			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			0987	
	07033950				M	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería de Soporte a PVV			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			99402.16
		58	Huayre		D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab			R	R	Administración de Tratamiento			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TAR		99199.11

Los casos de gestantes con VIH se deben codificar con O987

GESTANTE SERODISCORDANTE

Se denomina así a gestante negativa para VIH y pareja sexual positiva. Según protocolo, una vez descartada la infección por VIH en la gestante serodiscordante para prevenir la transmisión materno infantil del VIH, a partir de las **12 semanas** de embarazo se incluye Profilaxis pre exposición (PrEP), monitoreo laboratorial y seguimiento.

Se recomienda lo siguiente:

Realizar tamizajes a la gestante/madre trimestralmente y cuando haya exposición sexual al VIH.

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

- En el casillero 1º Supervisión de Embarazo con Riesgo de [Especificar las semanas de gestación]
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH – Prueba Rápida
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH (No Reactivo o Reactivo) según sea
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º **Lab1** de la Supervisión del Embarazo: 1, 2,3... correspondiente al N° de Control Prenatal en que se realiza la prueba, en el **Lab2** anotar las semanas de gestación.
- En los casilleros de las Consejerías
 - **1** si es la 1º Batería de laboratorio
 - **2** si es la 2º Batería de laboratorio
- En el 1º de la Prueba: registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado:
 - **RP** si el resultado es positivo
 - **RN** si el resultado es negativo
- En el casillero 1º de la Administración de Tratamiento (**Lab1**) "TAR", en el casillero 2º (**Lab2**) "PRE", y en el casillero 3 (**Lab3**) "PAD"
 - **TAR** Tratamiento Antiretroviral
 - **PRE** Profilaxis Pre exposición
 - **PAD** Pareja Discordante

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
	20203030		2	Apata	38	A	M	PC			N	N	Supervisión de embarazo de alto riesgo de 12 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	12		Z3591
	20203030			La Unión		M					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99401.33
			58			D	F	Pab			R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN			86703.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
						A	M	PC			N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99401.34
						M					C	C	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TAR	PRE	PAD	99199.11
						D	F	Pab			R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

Una vez descartada la infección por VIH en la gestante serodiscordante, iniciar la Profilaxis pre exposición (PrEP)

RECIÉN NACIDO EXPUESTO (HIJO DE MADRE CON VIH) LACTANCIA ARTIFICIAL (SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA) ESQUEMA DE ENTREGA DE LECHE MATERNIZADA

Se considera la entrega de SLM de Fase 1, para niños expuestos de 0 a 6 meses de edad y de fase 2, para niños expuestos de 6 a 12 meses de edad, según el siguiente esquema:

Fases/Meses	Fase I						Fase II						Total
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	
Número de Latas (400 – 500gr)	9	11	13	14	14	15	9	9	9	7	7	7	124
Valor en el campo Lab HIS	IA	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	TA	

RECIÉN NACIDO EXPUESTO A VIH INICIA CON FASE I

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

- En el casillero 1º Lactancia Artificial RN de Madre con VIH
- En el casillero 2º Hijo de Madre Infeccionada con VIH

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el casillero 1º “D” si es la primera entrega, en los siguientes “R”
- En el casillero 2º SIEMPRE “R”

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de Lactancia artificial registrar “IA” y del 2 al 11. En la última entrega (12º mes) se registrará como “TA”

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
	99959469		10	Huancayo	1	A	M	PC			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lactancia artificial RN madre VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA			99199.15
	99959469			Huancayo		M					C	C	Hijo de Madre Infeccionada con VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z2061
			58			D	F	Pab			R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

RECIÉN NACIDO EXPUESTO A VIH CULMINA CON FASE II

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

- En el casillero 1º Lactancia Artificial RN de Madre con VIH
- En el casillero 2º Hijo de Madre Infeccionada con VIH

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de Lactancia artificial registrar “TA” en la última entrega (12º mes)

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTAY/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	99959469		10	Huancayo	1	A	M	PC	PESO		N	N	Lactancia artificial RN madre VIH	P	A	R	TA		99199.15
	99959469		58	Huancayo		M			TALLA		C	C	Hijo de Madre Infeccionada con VIH	P	D	R			Z2061
						D		Pab	Hb		R	R		P	D	R			

RN EXPUESTO A VIH INICIA PROFILAXIS CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

El recién nacido expuesto a VIH recibirá profilaxis antirretroviral dentro de las primeras seis (6) horas de vida, hasta un máximo de 24 horas de nacido, para favorecer la efectividad de la profilaxis. La duración del tratamiento será de acuerdo al escenario de presentación de la gestante (Escenario 1 VIH-E1, Escenario 2 VIH-E2 ó Escenario 3 VIH-E3)

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTAY/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	99959469		10	Huancayo	1	A	M	PC	PESO		N	N	Administración de Tratamiento profiláctico a RN, hijo de Madre VIH (+)	P	A	R	IA		99199.14
	99959469		58	Huancayo		M			TALLA		C	C	Hijo de Madre Infeccionada con VIH	P	D	R			Z2061
						D		Pab	Hb		R	R		P	D	R			

RN EXPUESTO A VIH TERMINA PROFILAXIS CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTAY/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	99959469		10	Huancayo	1	A	M	PC	PESO		N	N	Administración de Tratamiento profiláctico a RN, hijo de Madre VIH (+)	P	A	R	TA		99199.14
	99959469		58	Huancayo		M			TALLA		C	C	Hijo de Madre Infeccionada con VIH	P	D	R			Z2061
						D		Pab	Hb		R	R		P	D	R			

NIÑOS(AS) TAMIZADOS CON PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) ANTES DE LOS 18 MESES

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

- En el casillero 1º Prueba de PCR (Reacción en cadena de polimerasa) para VIH
- En el casillero 2º Hijo de Madre Infeccionada con VIH

En el ítem Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Prueba PCR el número de prueba 1 o 2... según corresponda

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTAY/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	99959469		10	Huancayo	1	A	M	PC	PESO		N	N	Prueba de PCR (Reacción en cadena de polimerasa) para VIH	P	A	R	1		83898
	99959469		58	Huancayo		M			TALLA		C	C	Hijo de Madre Infeccionada con VIH	P	D	R			Z2061
						D		Pab	Hb		R	R		P	D	R			

El Tamizaje con PCR se realiza al primer y tercer mes (1 y 3 meses) de edad.

Sólo cuando corresponda como prueba adicional a los 4 meses de edad según Norma Técnica vigente

Cuando se tiene el resultado:

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º registre:
 - **RP** cuando el resultado es POSITIVO
 - **RN** cuando el resultado es NEGATIVO

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
	99959469	10	Huancayo	1	A	M	PC	PESO	N	N	Prueba de PCR (Reacción en cadena de polimerasa) para VIH	P	D	R	RN			83898
	99959469				X	X	PC	TALLA	X	X	Hijo de Madre Infectada con VIH	P	D	R				Z2061
		58	Huancayo		D	X	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Es necesario precisar que: "Los resultados de las pruebas diagnósticas de VIH/SIDA y la información sobre la causa cierta o probable de transmisión son de carácter confidencial. Asimismo, los resultados de VIH/SIDA e información relacionada sólo podrán ser solicitados por el Ministerio Público o el Poder Judicial. El diagnóstico de infección por VIH de una persona solo podrá ser revelada a un tercero con autorización expresa de la misma"

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA VIVIENDO CON VIH-SIDA

Definición Operacional.- Es la intervención de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, provistas de manera integral, integrada y continua por la IPRESS o la red de salud, con calidad y equidad, teniendo como eje de intervención a la persona, familia y comunidad.

DEFINICIONES DE CASO PARA VIH

Se considera como paciente con infección por VIH, a aquella persona en quien se presente alguno de los siguientes supuestos:

- a. *Dos pruebas rápidas de detección de anticuerpos para VIH (tercera generación) de diferentes fabricantes.*
- b. *Una prueba rápida de detección de anticuerpos para VIH (tercera generación) y una prueba rápida de detección de anticuerpos y antígeno para VIH (cuarta generación) con resultados reactivos.*
- c. *Una prueba rápida para VIH (tercera o cuarta generación) y un ELISA para VIH con resultados reactivos.*
- d. *Una prueba rápida para VIH (tercera o cuarta generación) con resultado reactivo y una prueba confirmatoria (Carga viral, IFI o Inmunoblot) positiva.*

Registro de una Prueba Diagnóstica Caso de VIH

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

- En el casillero 1º, según corresponda:
 - Infección por VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH Ag –Ac – Prueba Rápida
- En el casillero 4º Consejería Pos Test para VIH Reactivo

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de las Consejerías: el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	44556677		2	Vitoc	30	A	PC	PESO	N	N	Infección por VIH sin SIDA	P	D	R				Z21X1
	44556677		58	Pucará		M		TALLA	C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R	TRA			99401.33
						D	Pab	Hb	R	R	Detección de VIH Ag-Ac - Prueba Rápida	P	D	R	RP			86703.02
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
						A		PESO	N	N	Consejería Post Test para VIH Reactivo	P	D	R	TRA			99403.03
						M	PC	TALLA	C	C		P	D	R				
						D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

El ejemplo se refiere al paciente con 2da Prueba Diagnóstica, a través de una Prueba de Cuarta Generación

Registro de Consejería de Soporte

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	44556677		10	Pangoa	30	A	PC	PESO	N	N	Infección por VIH sin SIDA	P	D	R				Z21X1
	44556677		58	San Ramón		M		TALLA	C	C	Consejería de Soporte a PVV	P	D	R				99402.16
						D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

Registro de Consejería de Soporte a Población Clave

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	70458925		10	Pangoa	28	A	PC	PESO	N	N	Infección por VIH sin SIDA	P	D	R				Z21X1
	70458925		58	San Ramón		M		TALLA	C	C	Consejería de Soporte a PVV	P	D	R	TS			99402.16
						D	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

El diagnóstico de VIH/SIDA deberán registrarse POR ÚNICA VEZ con tipo de diagnóstico "D" cuando se evalúen sus resultados por 1º vez, posteriormente, en cada control debe registrarse con tipo de diagnóstico "R"

Registro de paciente con diagnóstico de VIH e Inicia TAR

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	46682502		10	Pangoa	40	A	PC	PESO	N	N	Infección por VIH sin SIDA	P	D	R				Z21X1
	46682502		58	San Ramón		M		TALLA	C	C	Consejería de Soporte a PVV	P	D	R				99402.16
						D	Pab	Hb	R	R	Administración de Tratamiento	P	D	R	IA	TAR		99199.11

CONSEJERÍA DE SOPORTE A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Es un proceso de diálogo e interacción, dinámico y confidencial, entre el(la) consejero(a) y el(la) consultante. Es un tipo especial de acercamiento humano, empatía y confianza mutua orientada a ofrecer soporte emocional, información y educación sobre el cuidado de la salud.

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

- En el casillero 1º Consejería de Soporte a Personas que viven con VIH/SIDA
- En Los siguientes casilleros se pueden registrar otras atenciones o actividades que recibe el paciente .

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Consejería de Soporte: la sigla de la **POBLACIÓN CLAVE** al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSH** = Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Trabajador de Salud
 - **P** = Puérpera
 - **PPL** = Persona privada de su libertad

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT																
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																																			
	46682502		10	Pangoa	40	M	M	PC	PESO		N	N	Consejería de Soporte a PVV	P	X	R	HSH																		99402.16
	46682502					M			TALLA		C	C		P	D	R																			
			58	San Ramón		D	X	Pab	Hb		R	R		P	D	R																			

CUANDO EXISTAN RIESGOS DE ABANDONO AL TRATAMIENTO

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT																
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																																			
	25721552		10	Junín	35	M	M	PC	PESO		N	N	Infección por VIH sin SIDA	P	D	X																			Z21X1
	25721552					M			TALLA		X	X	Identificar factores de riesgo abandono al tratamiento de TB, VIH y otros	P	X	R																			99210.05
			58	Huayre		D	X	Pab	Hb		R	R		P	D	R																			

PERSONA CON VIH-SIDA Y COINFECCIONES**INFECCIONES OPORTUNISTAS**

Se trata de infecciones comunes en casos de VIH-SIDA que se producen cuando el sistema inmunológico del cuerpo está debilitado.

Algunas de las más frecuentes son:

- Candidiasis (B204)
- Criptosporidium (A072)
- Citomegalovirus (B202)
- Neumonía por Pneumocystis jirovecii (B206)
- Herpes (B203)
- Herpes Zoster (B02)
- Asociación TB - VIH/SIDA (B200)
- Criptococosis (B458)
- Sarcoma de Kaposi (B210)
- Toxoplasmosis (B208)

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

- En el casillero 1º el diagnóstico de la infección oportunista
- En el casillero 2º el diagnóstico de VIH o SIDA
- En el casillero 3º el procedimiento de Administración de Tratamiento (Si el paciente recibe TAR)

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del Tratamiento: la sigla **"TAR"** para indicar si el paciente recibe Tratamiento Antirretroviral

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT																
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																																			
	57000132		10	Pangoa	29	M	M	PC	PESO		N	N	Neumonía por Pneumocystis jirovecii	P	X	R																			B206
	57000132					M			TALLA		X	X	SIDA	P	D	X																			B24X
			58	San Ramón		D	X	Pab	Hb		R	R	Administración de Tratamiento	P	X	R	TAR																		99199.11

Al citar a los pacientes para continuar con el tratamiento se colocará el Diagnóstico de la Infección y el tipo de diagnóstico será Repetido "R".

PERSONAS CON COINFECCIÓN VIH/SIDA-TB

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

En el casillero 1º Asociación VIH/SIDA-TB

En el ítem Tipo de diagnóstico marque "D"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	57000132	10	Acolla	31	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Asociación VIH/SIDA-TB	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				B200	
	57000132	58	Sacas		<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R					
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R			P	D	R				

En el consultorio de TAR

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

- En el casillero 1º Asociación VIH/SIDA-TB
- En el casillero 2º Si el paciente inicia TAR entonces el registro es "Administración de Tratamiento"

En el ítem Tipo de diagnóstico marque

- En el casillero 1º : "R", de diagnóstico repetido
- En el casillero 2º "D" como primera actividad de administración de tratamiento del año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del Tratamiento: registrar "IA" para indicar que inicia tratamiento y en el casillero 2º (Lab2) "TAR" para el registro de Tratamiento Antirretroviral

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	06548741	10	Apata	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Asociación VIH/SIDA-TB	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				B200	
	06548741	58	La Unión		<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	TAR		99199.11	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R			P	D	R				

**Se registra la Asociación VIH/SIDA-TB por primera y única vez con tipo de diagnóstico Definitivo "D".
Este registro se realiza con la confirmación del diagnóstico de TB**

TERAPIA PREVENTIVA PARA PERSONAS CON VIH

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

- En el casillero 1º el diagnóstico de la Infección VIH sin SIDA
- En el casillero 2º:
 - Terapia Preventiva con Cotrimoxazol (TPC)
 - Terapia Preventiva para Tuberculosis (TPTB)

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el casillero 1º SIEMPRE "R" [Salvo que sea la 1º vez que se diagnostique]

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º del tratamiento: "IA" sólo si inicia tratamiento, en caso contrario dejar EN BLANCO

TERAPIA PREVENTIVA CON COTRIMOXAZOL (TPC): INICIO

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	85456215	10	Apata	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				B24X	
	85456215	58	La Unión		<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Terapia Preventiva con Cotrimoxazol (TPC)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA			99199.13	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R			P	D	R				

Las personas que INICIAN tratamiento deberán registrarse con "IA" en el campo Lab y los CONTINUADORES en blanco.

TERAPIA PREVENTIVA PARA TUBERCULOSIS (TPTB): INICIO

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	85456215		10	Apata	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			Z21X1
	85456215		58	La Unión		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Terapia Preventiva para TBC (TPTB)	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	IA		99199.12
						<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		R	R		P	D	R			

Las personas que INICIAN terapia preventiva serán determinadas con "IA" en el campo Lab y las continuadoras con el campo Lab de acuerdo al número de dosis entregada según indicación médica. Cuando la persona culmina el tratamiento se coloca "TA" en el campo Lab

TERAPIA PREVENTIVA PARA TUBERCULOSIS (TPTB): TÉRMINO

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	85456215		10	Apata	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			Z21X1
	85456215		58	La Unión		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Terapia Preventiva para TBC (TPTB)	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TA		99199.12
						<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		R	R		P	D	R			

PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA CON HEPATITIS B CRÓNICA

El registro corresponde a una persona con coinfección por VIH y Hepatitis B Crónica

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, registre:

- En el casillero 1º el Diagnóstico de Hepatitis B Crónica
- En el casillero 2º Detección cualitativa de Antígeno de Superficie (HBsAg) por inmunocromatografía.
- En el casillero 3º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 4º, según corresponda:
 - Infección por VIH sin SIDA o
 - SIDA
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento [TAR]

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Prueba: "RP" de resultado positivo
- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la POBLACIÓN al que corresponde el paciente.
 - [En Blanco] = Población General
 - TS = Trabajador Sexual
 - HSH = Hombre que tiene sexo con hombre
 - TRA = Transgénero
 - HTS = HSH que es TS
 - TTS = Transgénero que es TS
 - ST = Trabajador de Salud
 - G = Gestante
 - P = Puérpera
 - PPL = Persona privada de su libertad
- En el casillero 1º del Tratamiento: "IA" sólo al inicio de TAR y en el casillero 2º campo (Lab2) "TAR", en los continuadores sólo anotar "TAR" en el primer casillero que corresponde a Administración de Tratamiento.

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1°	2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	20203030	2	Apata	38	A	M	PC	PESO	N	N	Hepatitis Viral Tipo B Cronica, sin Agente Delta	P	A	R			B181		
	20203030	58	La Unión		M			TALLA		A	A	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	A	R	RP		87342	
					D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	A	R				99402.05
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
					A	M	PC	PESO	N	N	Infección por VIH sin SIDA	P	D	A			Z21X1		
					M			TALLA		C	C	Administración de Tratamiento	P	A	R	IA	TAR	99199.11	
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

Sólo se registra la sigla "IA" al inicio del tratamiento antirretroviral (TAR), en las siguientes atenciones sólo se registra la sigla "TAR"

PERSONAS CON VIH QUE COMPLETAN VACUNACIÓN DE HEPATITIS B

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

- En el casillero 1º Vacunación Antihepatitis B (HVB)
- En el casillero 2º según corresponda:
 - Infección por VIH sin SIDA o
 - SIDA

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º (**Lab1**) de la Vacuna: el número de dosis 1, 2 o 3 según corresponda; cuando la vacunación es extramural use D1, D2 o D3 identificar la dosis.
- En el casillero 2º (**Lab2**): la sigla de acuerdo a la población:
 - **TS** = Trabajador Sexual
 - **HSB** = Hombre que tiene sexo con Hombre
 - **TRA** = Transgénero
 - **HTS** = HSH que es TS
 - **TTS** = Transgénero que es TS
 - **ST** = Personal de Salud (Trabajador de Salud)
 - **PNP** = Policía Nacional
 - **M** = Fuerzas Armadas
 - **BOM** = Bomberos
 - **DCI** = Defensa Civil
 - **EST** = Estudiantes de Ciencias de la Salud

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1°	2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	75668899	10	Concepción	50	A	M	PC	PESO	N	N	Vacunación Antihepatitis B (HVB)	P	A	R	3	HSH	90744		
	75668899	58	Paccha		M			TALLA		A	A	Infección por VIH sin SIDA	P	D	A			Z21X1	
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R				

El diagnóstico de Infección por VIH sin SIDA o estadio SIDA deben ser registrados SIEMPRE con tipo de diagnóstico "R"



EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL

EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A VIH

- ⇒ Acto en el cual un personal de la salud, durante su jornada laboral, se expone a sangre, tejidos o fluidos potencialmente contaminados con VIH a través de una lesión percutánea (pinchazo o corte), o de mucosas. **En estos casos se deben ofrecer pruebas diagnósticas para establecer condiciones pre-existentes de VIH, Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C**

EN EL CASO DE EXPOSICIÓN OCUPACIONAL

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

- En el casillero 1º Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH – Prueba Rápida
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH [**puede ser reactivo 99403.03 o no reactivo 99401.34**]
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el casillero 1º “D” [**si es la primera vez que se reporta como caso**], si es un control o ya se notificó antes “R”
- En los siguientes casilleros todos “D” si el procedimiento se realiza por primera vez en el año, “R” para registrar los procedimientos repetidos en el mismo año.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Exposición Ocupacional: “VIH” para indicar el tipo de exposición
- En el casillero de las Consejerías: la sigla que identifique al personal de salud
 - ST = Solo si es Trabajador de Salud, en caso contrario deje en blanco [**ejemplo: Personal de Limpieza**]
- En el casillero 1º de la Prueba: el resultado del tamizaje
 - RP si el resultado es positivo
 - RN si el resultado es negativo
- En el casillero 1º del Tratamiento: “IA” para indicar que inicia tratamiento o “TA” cuando se concluya el tratamiento, según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	71727374	10	Apata	22	A	PC	PESO	N	N	Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos	P	X	R	VIH			Z5781			
	71727374	58	La Unión		M		TALLA	C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	X	R	ST			99401.33			
					D	F	Pab	Hb	R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	X	R	RN		86703.01			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	PC	PESO	N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	X	R	ST			99401.34			
					M		TALLA	C	C	Administración de Tratamiento	P	X	R	IA	TAR		99199.11			
					D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R						



“En todo caso de accidente ocupacional al personal de salud expuesto se debe proceder a realizar: Una prueba de tamizaje basal. Posteriormente se realizarán serologías para VIH a las 6 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses post exposición”

Durante los controles

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

- En el casillero 1º Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos
- En el casillero 2º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 3º Administración de Tratamiento
- En el ítem Tipo de diagnóstico marque:
- En el casillero 1º y 3º “R” SIEMPRE
- En el 2º, casillero “D” por ser la primera Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B en el año

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de la Exposición Ocupacional: **"VIH"** para indicar el tipo de exposición
- En el casillero 1º de la Consejería: **"ST"** SOLO si es **Trabajador de Salud**, en caso contrario deje en blanco
- En el casillero 1º (**Lab1**) del Tratamiento: **"2"** para indicar que es la segunda administración del tratamiento, y en el casillero 2 (**Lab2**) la sigla **"TAR"**

DIA	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST A- BLE C	SER - VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	22556670	10	Junín	33	M	PC	PESO	N	N	Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos	P	D	R	VIH			Z5781			
	22556670	58	Junín		M		TALLA			Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	ST			99402.05			
					D	Pab	Hb	R	R	Administración de tratamiento	P	B	R	2	TAR		99199.11			

La última dosis del tratamiento se registra con "TA" en el campo Lab1 para indicar término de actividad



Para la consolidación de información de tratamientos: Relacionar la variable [99199.11] con [Z5781] sigla [VIH] o variable [Z206] "Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]", así se obtendrán datos de Tratamiento Profiláctico para VIH por Exposición.

EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL A VIH

- ⇒ Acto en el cual una persona se expone a fluidos potencialmente contaminados con VIH, fuera de situaciones ocupacionales.
- ❖ **Violencia Sexual.** Acto de coacción hacia una persona con el objeto de que lleve a cabo una determinada conducta sexual. La violación sexual ocurre cuando un individuo obliga a otro a participar en un acto sexual en contra de su voluntad.
 - ❖ **Pareja Discordante.** Cuando en una pareja, uno de sus miembros está infectado con tiene el diagnóstico confirmado de infección por VIH y el otro no

Violencia Sexual

En estos casos se deben ofrecer pruebas diagnósticas para establecer condiciones pre-existentes en la persona con exposición no ocupacional, como por ejemplo VIH, Sífilis, Hepatitis B, Hepatitis C, embarazo, así como anticonceptivo oral de emergencia, y tratamiento profiláctico contra la ITS, entre otros.

En la Primera Atención**Para el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:**

- En el casillero 1º Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH – Prueba Rápida
(El prestador podrá escribir "Tamizaje para VIH" para la abreviatura del procedimiento)
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH [**puede ser reactivo 99403.03 o no reactivo 99401.34**]
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]: anote la sigla que identifique el motivo:
 - **V SX** = Por Violencia Sexual
- En el casillero 1º de la Prueba: el tipo de resultado de la prueba realizada
- En el casillero 1º (**Lab1**) del Tratamiento: **"IA"** para indicar que inicia tratamiento o **"TA"** cuando se concluya el tratamiento, según corresponda. En el casillero 2º (**Lab2**) la sigla **"TAR"**

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT											
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
	71727374		10	Apata	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VSX				Z206									
	71727374		58	La Unión		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99401.33									
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F			R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN				86703.01									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
						<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99401.34									
						<input checked="" type="checkbox"/>	M				C	C	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	TAR			99199.11									
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F			R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R														

Para el registro de Exposición al VIH por Violencia Sexual NO ES NECESARIO REGISTRAR el diagnóstico de la agresión sexual si no se evidencia o se trata, es suficiente con la referencia del paciente.

Para iniciar la atención no es requisito que la víctima previamente haya recibido atención médico legal o atención ginecológica o que el caso este judicializado. La atención debe ser inmediata.

Durante los controles

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

- En el casillero 1º Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH – Prueba Rápida
(El prestador podrá escribir “Tamizaje para VIH” para la abreviatura del procedimiento)
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH [*puede ser reactivo 99403.03 o no reactivo 99401.34*]
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]: anote la sigla que identifique el motivo:
 - VSX** = Por Violencia Sexual
- En el casillero 1º de la Prueba: el tipo de resultado de la prueba realizada
- En el casillero 1º (**Lab1**) del Tratamiento: **“TAR”** para indicar que continúa el tratamiento.

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT											
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
	71727374		10	Apata	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VSX				Z206									
	71727374		58	La Unión		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99401.33									
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F			R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN				86703.01									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
						<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99401.34									
						<input checked="" type="checkbox"/>	M				C	C	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TAR				99199.11									
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F			R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R														

Seguimiento Completo

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

- En el casillero 1º Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH – Prueba Rápida
(El prestador podrá escribir “Tamizaje para VIH” para la abreviatura del procedimiento)
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH [*puede ser reactivo 99403.03 o no reactivo 99401.34*]

- En el casillero 5º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]: anote la sigla que identifique el motivo:
 - V SX** = Por Violencia Sexual
- En el casillero 1º anote el tipo de resultado de la prueba realizada
- En el casillero 1º del Tratamiento: **"TA"** para indicar que culmina el tratamiento. En el casillero 2º (**Lab2**) la sigla **"TAR"**



Para el seguimiento de las personas expuestas, se deben realizar pruebas de tamizaje para VIH y sífilis a las 6 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses post exposición y tamizaje para Hepatitis B (antígeno de superficie para virus de la hepatitis B) y anticuerpos contra hepatitis C a los 3 y 6 meses post-exposición.

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	71727374		10	Apata	22	A	M	PC			PESO		N	N	Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]	P	D	R	V SX			Z206
	71727374		58	La Unión		M					TALLA		C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R				99401.33
						D	F	Pab			Hb		R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	D	R	RN			86703.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
						A	M	PC			PESO		N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R				99401.34
						M					TALLA		C	C	Administración de Tratamiento	P	D	R	TA	TAR		99199.11
						D	F	Pab			Hb		R	R		P	D	R				

Registrar **"TA"** en el campo Lab1 del Tratamiento para indicar **"Seguimiento Completo"**

Exposición Sexual de Alto Riesgo (Sexo sin preservativo, sexo con trabajadores/as sexuales)

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

- En el casillero 1º Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH – Prueba Rápida (**Tamizaje para VIH**)
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH [**puede ser reactivo 99403.03 o no reactivo 99401.34**]
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]: anote la sigla que identifique el motivo:
 - RSA** = Por Riesgo Sanitario Alto
- En el casillero 1º de la Prueba: anote el tipo de resultado de la prueba realizada
- En el casillero 1º (Lab1) del Tratamiento: **"IA"** para indicar que inicia tratamiento o **"TA"** cuando se concluya el tratamiento, según corresponda. En el casillero 2º (**Lab2**) la sigla **"TAR"**

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	62576670		10	Apata	22	A	M	PC			PESO		N	N	Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]	P	D	R	RSA			Z206
	62576670		58	La Unión		M					TALLA		C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R				99401.33
						D	F	Pab			Hb		R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	D	R	RN			86703.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
						A	M	PC			PESO		N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R				99401.34
						M					TALLA		C	C	Administración de Tratamiento	P	D	R	IA	TAR		99199.11
						D	F	Pab			Hb		R	R		P	D	R				

Fin de tratamiento

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	62576670		10	Junín	33	M	PC			N	N	Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]	P	D	R	RSA		Z206
	62576670		58	Junín		M				C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R			99402.06
						D	Pab			R	R	Administración de tratamiento	P	D	R	TA	TAR	99199.11

En el caso de otras formas de Exposición No Ocupacionales realice el mismo registro y utilice la sigla "OTR" en el campo Lab de "Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]"

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	25376533		10	Junín	35	M	PC			N	N	Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]	P	D	R	OTR		Z206
	25376533		58	Junín		M				C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R			99401.33
						D	Pab			R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	D	R	RN		86703.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
						A	PC			N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R			99401.34
						M				C	C	Administración de Tratamiento	P	D	R	IA	TAR	99199.11
						D	Pab			R	R		P	D	R			

Fin de tratamiento

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	25376533		10	Junín	33	M	PC			N	N	Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]	P	D	R	OTR		Z206
	25376533		58	Junín		M				C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R			99402.06
						D	Pab			R	R	Administración de tratamiento	P	D	R	TA	TAR	99199.11

En el caso de Parejas Discordantes

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

- En el casillero 1º Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH – Prueba Rápida (**Tamizaje para VIH**)
- En el casillero 4º Consejería Post Test para VIH [**puede ser reactivo 99403.03 o no reactivo 99401.34**]
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]: anote la sigla que identifique el motivo:
 - **PAD** = Parejas Discordantes
- En el casillero 1º de la Prueba: anote resultado del tipo de prueba realizada
- En el casillero 1º (**Lab1**) del Tratamiento: "**IA**" para indicar que inicia tratamiento o "**TA**" cuando se concluya el tratamiento, según corresponda. En el casillero 2º (**Lab2**) la sigla "**TAR**"

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1°	2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	85425741	10	Junín	39	A	M	PC			N	N	Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]	P	A	R	PAD			Z206	
	85425741	58	Junín		M					C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	A	R				99401.33	
					D	F	Pab			R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	A	R	RN			86703.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC			N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	A	R				99401.34	
					M					C	C	Administración de Tratamiento	P	A	R	IA	TAR		99199.11	
					D	F	Pab			R	R		P	D	R					

Fin de tratamiento

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1°	2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	85425741	10	Junín	39	A	M	PC			N	N	Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH]	P	D	R	PAD			Z206	
	85425741	58	Junín		M					C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R				99401.33	
					D	F	Pab			R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	D	R	RN			86703.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					A	M	PC			N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R				99401.34	
					M					C	C	Administración de Tratamiento	P	A	R	TA	TAR		99199.11	
					D	F	Pab			R	R		P	D	R					



En todos los casos de Contacto con y Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH] se registra con tipo de diagnóstico "D" cuando se diagnostica, en las siguientes atenciones o durante el tratamiento se debe registrar con tipo de diagnóstico "R"

EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL PARA HEPATITIS

Exposición Ocupacional para Hepatitis

Contacto de Paciente con Infección con VHB: Es toda persona que tiene exposición a fluidos corporales (sangre, secreción vaginal, semen, etc.) o cohabita con un paciente con diagnóstico confirmado de infección por el yHB.

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

- En el casillero 1º Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos
- En el casillero 2º Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida
- En el casillero 3º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 4º Administración Inmunoglobulina de la hepatitis B (HBig)
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento (**De ser el caso fuente reactivo**)
- En el casillero 6º Detección cualitativa de anticuerpos contra el virus de la Hepatitis C por inmunocromatografía

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos: "HB" para indicar el tipo de exposición
- En el casillero 1º de las Pruebas: "RN" o "RP" del resultado según sea el caso
- En el casillero 1º de la Consejería: "ST" para referirse a personal de salud.
- En el casillero 1º de la Administración de Inmunoglobulina: "NOV" si el personal de salud no hubiera sido vacunado previamente, en caso contrario dejar en blanco

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1°	2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	41256258	10	Junín	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		N	N	Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	HB			Z5781		
	41256258	58	Junín		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN			87342		
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ST			99402.05		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		N	N	Administración Inmunoglobulina de la hepatitis B (HBig)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	NOV			90371		
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			C	C	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99199.11		
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		R	R	Detección de Hepatitis C – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN			86803.01		



Toda persona que no haya sido vacunada o que no conozca su estado vacunal, debe recibir la vacuna contra la Hepatitis B de manera profiláctica en el momento de la exposición, luego al mes y al segundo mes de la primera dosis.

Seguimiento completo

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

- En el casillero 1º Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos
- En el casillero 2º Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida
- En el casillero 3º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 4º Detección de Hepatitis C – ELISA
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos: “**HB**” para indicar el tipo de exposición
- En el casillero 1 de las Pruebas: “**RN**” o “**RP**” el resultado según sea el caso
- En el casillero 1º (**Lab1**) de la Consejería: la sigla “**ST**” para referirse a personal de salud, en el casillero 2º (**Lab2**) la sigla “**POS**” de Post-exposición
- En el casillero 1º del Tratamiento: “**TA**” para indicar que el personal de salud, cumple con seguimiento completo

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1°	2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	41256258	10	Junín	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		N	N	Exposición Ocupacional a Agentes Biológicos	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	HB			Z5781		
	41256258	58	Junín		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN			87342		
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	ST	POS		99402.05		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		N	N	Detección de Hepatitis C – ELISA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN			86803.01		
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			C	C	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99199.11		
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		R	R		P	D	R						



Se deben ofrecer pruebas diagnósticas para establecer condiciones preexistentes de Sífilis, Hepatitis B, Hepatitis C y VIH.

Para el seguimiento de personas expuestas se debe realizar pruebas de tamizaje para Hepatitis B (antígeno de superficie para virus de la Hepatitis B) a los 3 meses post-exposición.



EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL PARA HEPATITIS

Violencia Sexual

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

- En el casillero 1º Contacto con y exposición a Hepatitis viral
- En el casillero 2º Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida
- En el casillero 3º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 4º Administración Inmunoglobulina de la hepatitis B (HBig)
- En el casillero 5º Administración de Tratamiento (*De ser el caso fuente reactivo*)
- En el casillero 6º Detección de Hepatitis C – ELISA

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º Contacto con y exposición a Hepatitis viral: la sigla que identifique el motivo:
 - **VSX** = Por Violencia Sexual
- En el casillero 1º de las Pruebas: “**RN**” o “**RP**” según corresponda
- En el casillero 1º de la Administración Inmunoglobulina: “**NOV**” Si paciente no recibió vacuna previa, sino dejar en blanco

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	40224898	10	Junín	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		N	N	Contacto con y exposición a Hepatitis viral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VSX			Z205				
	40224898	58	Junín		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN			87342				
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.05				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
					<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC		N	N	Administración Inmunoglobulina de la hepatitis B (HBig)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	NOV			90371			
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	F		C	C	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99199.11				
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	R	R	Detección de Hepatitis C – ELISA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN			86803				

MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL QUE ADQUIRIERON UNA ITS (Incluye Hepatitis B)

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

- En el casillero 1º Contacto con y exposición a Hepatitis viral
- En el casillero 2º Anotar la ITS adquirida a partir de la violencia sexual

En el ítem Tipo de Diagnóstico marque siempre “R” para el primer casillero por tratarse de atención recurrente.

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º Contacto con y exposición a Hepatitis viral: la sigla que identifique el motivo:
 - **VSX** = Por Violencia Sexual

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	25376533	10	Junín	33	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		N	N	Contacto con y exposición a Hepatitis viral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VSX			Z205				
	25376533	58	Junín		<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Clamidiiasis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				A562				
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R								

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1°	2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
	25376533	10	Junín	33	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		N	N	Contacto con y exposición a Hepatitis viral	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	VSX			Z205
	25376533		Junín		<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis Viral tipo B Crónica	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R			B181
		58	Junín		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			Hb		R	R		P	D	R				

Seguimiento completo

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

- En el casillero 1º Contacto con y exposición a Hepatitis viral
- En el casillero 2º Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida
- En el casillero 3º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 4º Detección de Hepatitis C – ELISA
- En el casillero 4º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de Contacto con y exposición a Hepatitis viral: “**VSX**” para indicar el tipo de exposición
- En los casilleros de las Pruebas: “**RN**” o “**RP**” el resultado según sea el caso
- En el casillero 1º (Lab1) de la Consejería la sigla “**POS**” de Post-exposición
- En el casillero 1º del Tratamiento: “**TA**” para indicar que la persona cumple con seguimiento completo

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1°	2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
	41256258	10	Junín	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		N	N	Contacto con y exposición a Hepatitis viral	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	VSX			Z206
	41256258		Junín		<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN			87342
		58	Junín		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	POS			99402.05
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
					<input checked="" type="checkbox"/>	A	PC			PESO		N	N	Detección de Hepatitis C – ELISA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN			86803.01
					<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		C	C	Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA		99199.11
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			Hb		R	R		P	D	R				

Registrar “**TA**” en el campo Lab1 del Tratamiento para indicar “*Seguimiento Completo*”

ATENCIÓN PREVENTIVA DE ITS/VIH A POBLACIÓN CLAVE

Es la atención educativa y asistencial para prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual dirigida a la población clave: Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), Mujeres Transgénero (TRA) y Trabajadoras/es Sexuales y población privada de libertad, identificados para el diagnóstico y tratamiento respectivo de acuerdo a la Normatividad vigente

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

- En el casillero 1º Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave
- En los demás casilleros registrar las actividades que correspondan a la atención según el control

En el ítem Tipo de diagnóstico marque "D" sólo si se trata de los procedimientos en el año

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º (**Lab1**) anote el número de control 1, 2... en el casillero 2º (**Lab2**) anote las siglas para indicar la población clave:
 - **TS** Trabajador Sexual
 - **HSH** Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** Transgéneros
 - **HTS** HSH que es TS
 - **TTS** Transgéneros que es TS

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	06451254	10	Junín	22	M	PC	PESO	N	N	Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave	P	D	R	1	TRA		99351		
	06451254				M		TALLA	C	C		P	D	R						
		58	Junín		D	Pab	Hb	R	R		P	D	R						

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

- En el casillero 1º Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave
- En los demás casilleros registrar las actividades que correspondan a la atención según el control

En el ítem Tipo de diagnóstico marque "D" sólo si se trata de los procedimientos en el año

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º (**Lab1**) de Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave: el número de control 1, 2... en el casillero 2º (**Lab2**): anote las siglas para indicar la población clave:
 - **TS** Trabajador Sexual
 - **HSH** Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** Transgéneros
 - **HTS** HSH que es TS
 - **TTS** Transgéneros que es TS
- En el casillero 1º de las Consejerías: anote también la sigla de la **Población Clave**
- En el casillero 1º de las Pruebas: el resultado
 - **RP** si el resultado es positivo
 - **RN** si el resultado es negativo

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	06451254	10	Junín	22	M	PC	PESO	N	N	Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave	P	D	R	1	TRA		99351		
	06451254				M		TALLA	C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R				99401.33		
		58	Junín		D	Pab	Hb	R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	D	R		RN		86703.01		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
					A	PC	PESO	N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R		TRA		99401.34		
					M		TALLA	C	C		P	D	R						
					D	Pab	Hb	R	R		P	D	R						

Para considerar Atención Preventiva al paciente Trabajador Sexual(TS), Hombre que tiene sexo con hombre (HSH) Transgénero (TRA), HSH que es TS (HTS), Transgénero que es TS (TTS), se debe haber recibido 04 atenciones específicas mínimas:

- ⇒ Examen Clínico
- ⇒ **Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B**
- ⇒ **Toma de Muestras para ITS (Sin incluir para Sífilis y VIH)**
- ⇒ Entrega de Condones (no se registra en HIS)

En el caso de Tamizajes para VIH en espacios comunitarios (lugares de trabajo sexual, espacios de concentración, entre otros), se registrará de manera individual, de no contar con Historia Clínica se debe consignar de manera obligatoria el número de folio.

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

- En el casillero 1º Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave
- En los demás casilleros registrar las actividades que correspondan a la atención según la atención.

En el ítem **Tipo de diagnóstico** marque “R”

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º (**Lab1**) de Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave: el número de control 1, 2... según corresponda, en el casillero 2 (**Lab2**) la sigla que identifique a la **Población Clave** “TS/HSH/TRA/HTS/TTS”
- En el casillero 1º de la Prueba: el resultado del tamizaje:
 - **RP** = Resultado Positivo
 - **RN** = Resultado Negativo
- En el casillero 1º de las Consejerías: anote las siglas para indicar la población intervenida:
 - **TS** Trabajador Sexual
 - **HSH** Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** Transgéneros
 - **HTS** HSH que es TS
 - **TTS** Transgéneros que es TS

DIA	D.N.I.	FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST - A - BLE C	SER - VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	06451254	10	Junín	22	M	PC		N	N	Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave	P	D	R	4	TRA		99351		
	06451254				M			C	C	Detección de Sífilis – Prueba Rápida	P	D	R	RN			86780.01		
		58	Junín		D	F	Pab		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	TRA		99402.05		

Debe considerar que la condición de ingreso “N”, “C” o “R” está relacionada al establecimiento o al servicio y no a la Atención Médica Periódica, es decir que si una persona TS/HSH/TRA/HTS/TTS está controlándose en alguna IPRESS y cambia a otro, en el registro HIS se debe considerar en la condición al establecimiento y servicio N – N respectivamente, pero en el registro de la Consulta de Prevención de ITS/VIH se debe consignar el número de control que le corresponda (en el campo Lab), según tarjeta de control de AMP; esto durante el año de evaluación.

CONSEJERÍA/ORIENTACIÓN EN PREVENCIÓN DE ITS, VIH, HEPATITIS B PARA CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN TRABAJADORAS(ES) SEXUALES, HSH Y TRANSGENERO

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

- En el casillero 1º Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B Integral

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

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º de la Consejería: la sigla de la población intervenida:
 - **TS** Trabajador Sexual
 - **HSH** Hombre que tiene sexo con hombre
 - **TRA** Transgénero
 - **HTS** HSH que es TS
 - **TTS** Transgénero que es TS

DIA	D.N.I.		FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST A-BLE C	SER - VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	06451254		10	Junín	22	M	PC	PESO		N	N	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TTS			99402.05			
	06451254		58	Junín		M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R							
						D	F Pab	Hb		R	R		P	D	R							

INTERVENCIÓN DE EDUCADORES PARES

Estrategia educativa que consiste en brindar orientación y educación preventiva en ITS y VIH/SIDA a través de personas de la población clave, Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH), Mujer Transgénero (MT), Trabajadores o trabajadoras sexuales (TS), personas que viven con el VIH/SIDA (PVV) y personas privadas de la libertad (PPL), seleccionados y capacitados para brindar apoyo emocional, educación en salud y acompañamiento a sus pares, en las IPRESS y a nivel comunitario, para la prevención y atención de las ITS/VIH/SIDA

En el ítem **Historia Clínica** anote el APP que corresponda al grupo poblacional o de riesgo.

- APP147 Actividades con Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)
- APP148 Actividades con Trabajadores Sexuales (TS)
- APP167 Actividades con Población Transgénero (TRA)

En el ítem **Historia Clínica**

En el ítem **Diagnóstico/motivo de consulta y/o actividad de salud** anotar: Formación de educadores pares.

En el ítem **Tipo de Diagnóstico** marcar como definitivo "D"

En el ítem **Lab**

- En el casillero 1° (**Lab1**) anotar el número de la sesión que corresponde (1,2,3,.....6), y se colocará "TA", al completar las sesiones programadas.
- En el asillero 2° (**Lab2**) anotar el número de participantes

DIA	D.N.I.		FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST A-BLE C	SER - VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	APP147					A	PC	PESO		N	N	Formación de Educadores PARES	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	20		C3152			
						M		TALLA		C	C		P	D	R							
						D	F Pab	Hb		R	R		P	D	R							

Sesiones Educativas a Población Clave

En el ítem **Historia Clínica** anote el APP que corresponda al grupo poblacional o de riesgo.

- APP147 Actividades con Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)
- APP148 Actividades con Trabajadores Sexuales (TS)
- APP167 Actividades con Población Transgénero (TRA)

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

- En el casillero 1° Sesión Educativa

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

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1° Lab diferencie si son:
 - HTS = Si el TS es HSH
 - TTS = Si el TS es Trans
 - TS = Si es TS femenina
- En el casillero 2° Lab el número de personas

DIA	D.N.I.		FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST A-BLE C	SER -VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE /CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	APP148			Junín		A	M	PC	PESO	N	N	Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	HTS	15		C0009
				Junín		M			TALLA	C	C		P	D	R				
				Junín		D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

DIA	D.N.I.		FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST A-BLE C	SER -VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE /CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	APP148			Junín		A	M	PC	PESO	N	N	Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TTS	12		C0009
				Junín		M			TALLA	C	C		P	D	R				
				Junín		D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

Cuando la actividad esté dirigida a HSH

DIA	D.N.I.		FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST A-BLE C	SER -VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE /CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	APP147			Junín		A	M	PC	PESO	N	N	Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10			C0009
				Junín		M			TALLA	C	C		P	D	R				
				Junín		D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

Las siglas en el 2º campo Lab son solo para HTS y TTS o TS femeninas, en el caso de HSH y TRANS no TS deje en blanco

Sesiones Demostrativas a Población Clave

En el ítem Historia Clínica anote el APP que corresponda al grupo poblacional o de riesgo.

- APP147 Actividades con hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
- APP148 Actividades con trabajadores sexuales (TS)
- APP167 Actividades con Población Transgénero (TRA)

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

- En el casillero 1º Sesión Demostrativa
- En el casillero 2º Actividades de la 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 casillero 1º diferencie si son:
 - HTS = Si el TS es HSH
 - TTS = Si el TS es Trans
 - TS = Si es TS femenina
- En el casillero 2º el número de personas

DIA	D.N.I.		FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST A-BLE C	SER -VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE /CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	APP148			Junín		A	M	PC	PESO	N	N	Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TS	10		C0010
				Junín		M			TALLA	C	C		P	D	R				
				Junín		D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

DIA	D.N.I.		FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABLE C	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
	APP123			Junín		A	M	PC			PESO	N	N	Difusión en medios Masivos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10			C2091
				Junín		M					TALLA	C	C		P	D	R				
				Junín		D	F	Pab			Hb	R	R		P	D	R				

Actividades con Adolescentes:

En el ítem **Historia Clínica** anote SIEMPRE **APP141** de **Actividades con Adolescentes**

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

- En el casillero 1º Animación Socio Cultural (Encuentro Juvenil)

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

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º El número de Personas que participan de la sesión
- En el casillero 2º registra VIH que distingue una actividad de la estrategia sanitaria de Infecciones de Trasmisión Sexual y VIH-SIDA

DIA	D.N.I.		FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABLE C	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
	APP141			Junín		A	M	PC			PESO	N	N	Desarrollo de encuentros de participación comunitaria y empoderamiento social	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	18	VIH		C2091
				Junín		M					TALLA	C	C		P	D	R				
				Junín		D	F	Pab			Hb	R	R		P	D	R				

OTRAS PRESTACIONES:

TELEMEDICINA

Tele monitoreo

Tele monitoreo a la persona con Sífilis Genital Primaria que abandona el tratamiento.

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

- En el 1º casillero, registrar Sífilis Genital Primaria
- En el 2º casillero se registrará Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el 3º casillero y siguientes casilleros se registra las actividades adicionales que se realicen.
- En el último casillero, registrar la modalidad Telemonitoreo.

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque **"D"** o **"R"**, según corresponda

En el ítem **LAB** anote:

- En el casillero 1º de la Consejería: el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.

DIA	D.N.I.		FINAN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABLE C	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
	85124565		10	Ayacucho	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	N	Sífilis Genital Primaria	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				A510
	85124565		58	Chinquiray		M					TALLA	C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	HSH			99402.05
						D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab			Hb	R	R	Tele monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.10

Consejería de Soporte a personas que con VIH-SIDA a través de Tele orientación:**En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:**

- En el casillero 1º, según corresponda: Infección con VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2º se registra la consejería de soporte a personas que viven con VIH/SIDA.
- En el casillero 3º y siguientes casilleros se registra las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar la modalidad de la atención Teleorientación Síncrona.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda**En el ítem LAB anote:**

- En el casillero 1º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atiende población general.
- En los casilleros 2º y 3º casillero dejar en blanco

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	85124565		10	Ayacucho	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			Z21X1	
	85124565			Chinquiray		<input checked="" type="checkbox"/>	M					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería de Soporte a PVV	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			99402.16
			58	Chinquiray		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			R	R		Tele orientación Síncrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.08

Consejería de Soporte a personas que con VIH-SIDA a través de Tele monitoreo:**En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:**

- En el casillero 1º, según corresponda: Infección con VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2º se registra la consejería de soporte a personas que viven con VIH/SIDA.
- En el casillero 3º y siguientes casilleros se registrar las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar la modalidad de la atención Telemonitoreo.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda**En el ítem LAB anote:**

- En el casillero 2º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atiende a población general.
- En los casilleros 1º y 3º casillero se dejará en blanco

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	85124565		10	Ayacucho	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			Z21X1	
	85124565			Chinquiray		<input checked="" type="checkbox"/>	M					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería de Soporte a PVV	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			99402.16
			58	Chinquiray		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			R	R		Tele monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.10

Tele monitoreo a la persona con VIH-SIDA que abandona el tratamiento.**En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:**

- En el casillero 1º según corresponda: Infección con VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2º se registra la administración del tratamiento
- En el casillero 3º y siguientes casilleros se registra las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar la modalidad de la atención **Tele monitoreo**.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” o “R”, según corresponda**En el ítem LAB anote:**

- En el casillero 1º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atiende población general
- En el casillero 2º colocar **AB** correspondiente al estado de abandono del tratamiento, según corresponda.
- En el 3º casillero se dejará en blanco.

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	85124565		10	Ayacucho	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			Z21X1	
	85124565					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Administración de Tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	AB		99199.11	
			58	Chinquiray		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	Tele monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.10	

Consejería de Soporte a personas que con VIH-SIDA a través de Tele orientación Síncrona:

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

- En el casillero 1º, según corresponda: Infección con VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2º se registra la consejería de soporte a personas que viven con VIH/SIDA.
- En el casillero 3º y siguientes casilleros se registra las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar la modalidad de la atención Teleorientación.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" o "R", según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el casillero 2º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atiende a población general.
- En los casilleros 1º y 3º casillero se dejará en blanco

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	85124565		10	Ayacucho	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			Z21X1	
	85124565					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería de Soporte a PVV	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TTS		99402.16	
			58	Chinquiray		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	Tele orientación Síncrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.08	

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

- En el casillero 1º, según corresponda: Infección con VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2º se registra la consejería de soporte a personas que viven con VIH/SIDA.
- En el casillero 3º y siguientes casilleros se registra las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar la modalidad de la atención Teleorientación.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" o "R", según corresponda

En el ítem LAB anote:

- En el casillero 2º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atiende a población general.
- En los casilleros 1º y 3º casillero se dejará en blanco

DIA	D.N.I.		FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	85124565		10	Ayacucho	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Infección por VIH sin SIDA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			Z21X1	
	85124565					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería de Soporte a PVV	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TTS		99402.16	
			58	Chinquiray		<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	Tele orientación Síncrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.08	

Seguimiento a través de tele monitoreo a de pacientes en riesgo de abandono al tratamiento de Hvb

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

- En el 1º casillero, registrar Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta
- En el 2º casillero anotar Identificación de factores de riesgo de abandono al tratamiento de hepatitis y otros, según corresponda.
- En el 3º casillero y siguientes casilleros se registra las actividades adicionales que se realicen.
- En el 4º casillero, registrar la modalidad de la atención Tele monitoreo.

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” o “R”, según corresponda

En el ítem **LAB anote:**

- En el casillero 1º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2º y 3º casillero se dejará en blanco

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	85124565	10	Ayacucho	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			B181
	85124565	58	Chinquiray		<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Identificación de factores de riesgo de abandono al tratamiento de hepatitis y otros	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99219.05
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	Tele monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.10

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

- En el 1º casillero, registrar Hepatitis Virus Tipo B crónica, sin agente Delta
- En el 2º casillero se registra la Administración de Tratamiento según corresponda.
- En el 3º casillero y siguientes casilleros se registra las actividades adicionales que se realicen.
- En el 4º casillero, registrar el servicio realizado **Tele monitoreo**.

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” o “R”, según corresponda

En el ítem **LAB anote:**

- En el 1º casillero colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2º casillero se registrará la condición de abandono del paciente AB
- En el 3º casillero se dejará en blanco

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEREC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGOCIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	85124565	10	Ayacucho	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			B181
	85124565	58	Chinquiray		<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Administración de tratamiento	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	AB		99199.11
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	Tele monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.10



PERÚ

Ministerio
de Salud

MINISTERIO DE SALUD

Av. Salaverry 801 - Jesús María, Lima

Telef: (01) 315 6600

www.gob.pe/minsa

INFOSALUD: 0800-10828