

# Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa

**DIRECCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:**

• Atención Materno Perinatal



**2019**



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**EL PERÚ PRIMERO**

# MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

DIRECCION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:  
ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

2019

Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Materno Perinatal Sistema de Información HIS/ Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas; Lima: Ministerio de Salud; 2018

ESTADÍSTICAS DE SALUD / INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA DE DATOS / SISTEMAS DE INFORMACIÓN, estadística & datos numéricos / SISTEMA DE REGISTROS / CODIFICACIÓN CLÍNICA / ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD/ CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD / CONSULTA MÉDICA A DOMICILIO / ESTRATEGIAS NACIONALES / MANUALES

#### **“Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Materno Perinatal”**

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas

#### **Elabora el manual:**

Estadística. Doris Valdez Robles consultora

#### **Equipo de Trabajo:**

Dra. Lucy del Carpio Ancaya Directora Ejecutiva de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

Lic. Gladys Garro Nuñez - Directora Ejecutiva de Gestión de la Información

Obstetra Yesenia Montesa Facho Equipo técnico de la DSARE

Obstetra Zoila Almonacid Estrella Equipo técnico de la DSARE

Obstetra Lucy Lazoriga Sandoval Equipo técnico de la DSARE

Obstetra Julia Ormeño Guere representante de DIRIS Lima Sur

Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga Jefe de Equipo - Oficina Gestión de la Información

Lic. Celia Oviedo Rodríguez - Equipo Técnico Oficina Gestión de la Información

#### **Diseño y Diagramación**

Bach. Julie Guillén Ramos

#### **Ministerio de Salud**

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú

Telf.: (51-1) 315-6600

<http://www.minsa.gob.pe>

[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

Edición, 2019



**Elizabeth Zulema Tomás Gonzales**  
Ministra de Salud

**Óscar Alfredo Broggi Angulo**  
Viceministro de Salud  
Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

**Rosario Esther Tapia Flores**  
Secretario General

**Jhon Henry García Ruiz**  
Director General  
Tecnologías de la Información

## ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

### ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
O080	Aborto séptico	O263	Retención de dispositivo anticonceptivo intrauterino en el embarazo
O109	Hipertensión preexistente no especificada, que complica el embarazo	O309	Embarazo múltiple, no especificado
O13X	Pre- eclampsia leve	O310	Feto papiráceo o feto comprimido
O141	Pre- eclampsia severa	O311	Embarazo que continúa después del aborto de un feto o más
O142	Síndrome de HELLP	O312	Embarazo que continúa después de la muerte intrauterina de un feto o más
O150	Eclampsia en el embarazo	O318	Otras complicaciones específicas del embarazo múltiple
O152	Eclampsia en el Puerperio	O364	Atención materna por muerte intrauterina
O159	Eclampsia en período no especificado	O365	Atención materna por déficit del crecimiento fetal
O200	Amenaza de aborto	O366	Atención materna por crecimiento fetal excesivo
O208	Otras hemorragias precoces del embarazo	O367	Atención materna por feto viable en embarazo abdominal
O209	Hemorragia precoz del embarazo, sin especificación	O471	Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación
O210	Hiperémesis gravídica leve o no especificada	O479	Falso trabajo de parto, sin otra especificación
O211	Hiperémesis gravídica con trastornos metabólicos	O48X	Embarazo Prolongado
O212	Hiperémesis gravídica tardía	O8000	Parto Espontáneo Vertical
O218	Otros vómitos que complican el embarazo	O8001	Parto Espontáneo Horizontal
O219	Vómitos del embarazo, no especificados	O809	Parto único espontáneo sin otra especificación
O220	Venas varicosas de los miembros inferiores en el embarazo	O849	Parto múltiple, no especificado
O221	Várices genitales en el embarazo	O861	Otras infecciones genitales consecutivas al parto (cervicitis, vaginitis)
O224	Hemorroides en el embarazo	O85X	Sepsis puerperal (endometritis pos parto)
O230	Infección del riñón en el embarazo	O860	Infección de herida Quirúrgica Obstétrica
O231	Infección de la vejiga urinaria en el embarazo	O862	Infección de las vías urinarias consecutivas al parto
O232	Infección de la uretra en el embarazo	O368	Atención materna por otros problemas fetales especificados
O233	Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo	O369	Atención materna por problemas fetales no especificados
O234	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	O40X	Polihidramnios
O235	Infección genital en el embarazo	O410	Oligohidramnios
O239	Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo	O411	Infección de la bolsa amniótica o de las membranas
O240	Diabetes mellitus preexistente insulino dependiente, en el embarazo	O429	Ruptura prematura de membranas, sin especificación
O241	Diabetes mellitus preexistente no insulino dependiente, en el embarazo	O432	Adherencia mórbida de la placenta
O242	Diabetes mellitus preexistente relacionada con desnutrición, en el embarazo	O440	Placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia
O243	Diabetes mellitus preexistente, sin otra especificación, en el embarazo	O441	Placenta previa con hemorragia
O244	Diabetes mellitus que se origina con el embarazo	O459	Desprendimiento prematuro de placenta sin otra especificación
O249	Diabetes mellitus no especificada, en el embarazo	O468	Otras hemorragias ante parto
O25X	Desnutrición en el embarazo	O470	Amenaza de parto prematuro
O260	Aumento excesivo de peso en el embarazo (alta ganancia de peso gestacional)	O863	Otras infecciones de las vías genitourinarias consecutivas al parto
O261	Aumento pequeño de peso en el embarazo (baja ganancia de peso gestacional)	O872	Hemorroides en el puerperio
O262	Atención del embarazo en una abortadora habitual	O868	Otras infecciones puerperales especificadas
O264	Herpes gestacional	O879	Complicación venosa en el puerperio, no especificada
O265	Síndrome de hipotensión materna		
O300	Embarazo doble		

## ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

### ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
O909	Complicaciones del puerperio no especificado	Z349	Supervisión de embarazo normal no especificado
O910	Infecciones del pezón asociada con el parto	Z3491	Supervisión de embarazo normal 1º trimestre (Atención pre natal)
O911	Absceso de la mama asociada con el parto	Z3492	Supervisión de embarazo normal 2º trimestre (Atención pre natal)
O912	Mastitis no purulenta asociada con el parto	Z3493	Supervisión de embarazo normal 3º trimestre (Atención pre natal)
O94	Secuelas de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	Z3591	Supervisión de embarazo con factor de riesgo 1º trimestre (Atención pre natal)
O980	Tuberculosis que complica el embarazo	Z3592	Supervisión de embarazo con factor de riesgo 2º trimestre (Atención pre natal)
O981	Sífilis que complica el embarazo	Z3593	Supervisión de embarazo con factor de riesgo 3º trimestre (Atención pre natal)
O982	Gonorrea que complica el embarazo	Z370	Nacido vivo, único
O983	Otras infecciones con un modo de transmisión predominantemente sexual que complican el embarazo	Z371	Nacido Muerto, único
O984	Hepatitis viral que complica el embarazo	Z372	Gemelos, ambos nacidos vivos
O985	Otras enfermedades virales que complican el embarazo	Z373	Gemelos, un nacido vivo y un nacido muerto
O986	Enfermedades causadas por protozoarios que complican el embarazo	Z374	Gemelos, ambos nacidos muertos
O987	Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio	Z375	Otros nacimientos múltiples, todos nacidos vivos
O988	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias maternas que complican el embarazo	Z376	Otros nacimientos múltiples, algunos nacidos vivos
O989	Enfermedad Infecciosa y parasitaria materna no especificada que complica el embarazo, parto y puerperio	Z377	Otros nacimientos múltiples, todos nacidos muertos
O990	Anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio	Z381	Nacido fuera del hospital único
O991	Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos del sistema inmunitario que complica el embarazo	Z382	A término (producto único en lugar no especificado)
O992	Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo	Z384	Nacidos fuera del hospital gemelos
O993	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo	Z387	Nacidos fuera del hospital (varios 59025 Test no Estresante)
O994	Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo	59025	Test no estresante fetal. NST
O995	Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo	59020	Test de Estrés Fetal
O996	Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo	59401.03	Suplementación de ácido fólico (hasta las 13 semanas)
O997	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo que complican el embarazo	59401.04	Suplementación de Sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas)
O998	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo	59401.05	Suplementación de calcio
P073	RN Pre término	59430	Atención postparto solamente (procedimiento separado). Atención de Puerperio
P95X	Muerte fetal (nacido muerto)	76805	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, después del 1er trimestre (> 0 = a 14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; gestación única o primera
Z006	Examen para comparación y control normales en Programa de investigación clínica (evaluación nutricional normal/Adecuada ganancia de peso gestacional)	80055.01	Perfil obstétrico primera atención prenatal (Exámenes de laboratorio: Tamizaje de proteínas, Hb, Grupo y Factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH o RPR y Elisa, Urocultivo) 1ra. Batería de análisis.
Z320	Embarazo aún no confirma		
Z359	Supervisión de embarazo con riesgo		



## ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

### ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
80055.02	Perfil obstétrico atención prenatal posteriores: (Exámenes de laboratorio: Tamizaje de proteínas, Hb, Grupo y Factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH o RPR y Elisa, Urocultivo) 2da. Batería de análisis.	99401.33	Consejería Pre-Test para VIH
81002	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrito, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; no automatizado, sin microscopía (Tamizaje de Bacteriuria)	99401.34	Consejería Post Test para VIH No Reactivo
82044	Dosaje de Albúmina en orina, micro albúmina semicuantitativa (p. ej. ensayo con tira reactiva) Tamizaje de Proteinuria.	99403.03	Consejería Post Test para VIH Reactivo
84590	Suplementación con Vitamina A	99402.05	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis
85018	Dosaje de Hemoglobina	99402.08	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer
86703	Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único /Prueba rápida VIH)	99403.01	Consejería nutricional: Alimentación saludable
86780	Anticuerpo: Treponema Pallidum (Tamizaje de Sífilis prueba rápida)	99412.02	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo proporcionados a individuos en grupo, durante aproximadamente 60 minutos. Psicoprofilaxis Obstétrica
86593	Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa	944112.01	Estimulación prenatal
87389	Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único (ELISA)	99501	Visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento
87342	Detección cualitativa de antígeno de superficie del virus de hepatitis B (HBsAg) en muestra de sangre entera, suero o plasma, por prueba rápida de un solo paso (Prueba Rápida)	C0009	Sesión Educativa
88141	Citopatología, vaginal o cervical (en cualquier sistema de información), Toma de PAP	C0011	Visita familiar integral
96150	Evaluación de salud y comportamiento (Ejemplo: entrevista clínica enfocada en la salud, observación de la conducta, monitoreo psicofisiológico, cuestionarios orientados a la salud), por cada 15 minutos de contacto cara a cara con el paciente, evaluación inicial. Tamizaje de Violencia.	U1692	Plan de atención de parto
99199.11	Administración de Tratamiento	U0031	Actividad de Materno perinatal
99401	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral)		
99401.02	Consejería en importancia de la lactancia materna en la primera hora, lactancia materna exclusiva. Técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento de la leche.		

## INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

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 y lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

### A. ATENCIÓN DE SALUD

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

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

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

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

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

**Si son más de tres (03) los diagnósticos y/o actividades los que se van a registrar, continúe en los siguiente registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems Día y Servicio y utilice los siguientes ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” hasta un máximo de 20 actividades para completar el registro de la atención.**

**EL APLICATIVO HISMINSA TIENE EL MÁXIMO DE 20 ACTIVIDADES A REGISTRAR EN UNA MISMA ATENCIÓN**  
En el anexo se detalla los diferentes modelos de registro

### ATENCIÓN A LA GESTANTE

**Definición Operacional:** Son todas las intervenciones preventivas que se realizan durante la atención prenatal. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano y Obstetra; a partir de los establecimientos de salud del I nivel.

Los profesionales responsables de la atención requieren de una actualización mínima de 75 horas al año.

Se considera 6 atenciones como mínimo. La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos, y las consultas de seguimiento deben durar no menos de 25 minutos.

- ⇒ 1º Atención Prenatal: antes de las 14 semanas de gestación.
- ⇒ 2º Atención Prenatal: entre las 14 a 21 semanas de gestación.
- ⇒ 3º Atención Prenatal: entre las 22 a 24 semanas de gestación.
- ⇒ 4º Atención Prenatal: entre las 25 a 32 semanas de gestación.
- ⇒ 5º Atención Prenatal: entre las 33 a 36 semanas de gestación.
- ⇒ 6º Atención Prenatal: entre las 37 a 40 semanas de gestación.

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



## Actividades a registrar en una primera atención pre natal antes de las 14 semanas de gestación

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z3591	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	U1692	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	11.1	R	R	3. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	85018	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO		N	N	1. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	IMC	O261
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		C	C	2. Tamizaje de VBG	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	VIF	96150	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3. Suplementación de ácido fólico (hasta las 13 semanas)	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	59401.03
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		C	C	2. Toma de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	PC	88141	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.08
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO		N	N	1. Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	81002
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		C	C	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99401.33	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único Prueba rápida VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	86703
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99401.34
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		C	C	2. Anticuerpo treponema pallidum prueba rápida Sífilis	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	86780	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3. Detección de anticuerpos para HBs-Ag	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	87342
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.05
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

### GESTANTE ATENDIDA

**Definición Operacional:** Es la gestante que acude a su 1ª atención prenatal en el embarazo actual en cualquier establecimiento de salud del Ministerio de Salud.

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo, especifique la semana del embarazo que se encuentra la gestante en cada consulta
- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, Evaluación Nutricional, Tamizaje de VBG, Toma de PAP, Tamizaje de bacteriuria, Tamizaje de VIH, Sífilis, etc.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" para las actividades y utilice los criterios descritos para Presuntivo, Definitivo o Repetido para los diagnósticos de acuerdo al episodio de la enfermedad.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 1. según corresponda.

En el ítem: código CIE/CPT, anote claramente:

- En el casillero 1º Supervisión de embarazo
  - NORMAL** **Z3491, Z3492, Z3493**
  - CON FACTOR DE RIESGO** **Z3591, Z35952, Z3593**

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	1 supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
					M					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692
	07033940	58			D		Pab			R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

En el caso de las actividades realizadas a la gestante fuera de la atención pre natal utilizar en el registro el código Z359/Z349 según corresponda en el 1er. Orden.

## EN LAS SIGUIENTES ATENCIONES PRENATALES

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 2, 3, 4... según corresponda.

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	16458	2	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo del 12 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z3591
					M					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Adecuada ganancia de peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z006
	07033940	58			D		Pab			R	R	3. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403.01

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	16458	2	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 16 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z3592
					M					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Adecuada ganancia de peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z006
	07033940	58			D		Pab			R	R	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99403.01

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo normal	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	5	Z3592
					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Adecuada ganancia de peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R		Z006
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb	R	R	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	2	99403.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería en la importancia de la lactancia materna	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99401.02
					M			TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		
					D	F	Pab	Hb	R	R	1.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

**Cuando se toma Papanicolau, use otro registro:**

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo
- En los siguientes casilleros libre Toma de PAP y la consejería para riesgo de cáncer

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” para las actividades.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 2, 3, 4... según corresponda.
- En el casillero de la Toma de PAP deje en “BLANCO”
- En el casillero de la consejería el número de sesión 1, 2... según corresponda

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	226458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z3591
					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	U1692
	07443940	56			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb	R	R	3. Toma de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		88141
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.08
					M			TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

**Cuando se tienen los resultados y estos son positivos**

Anote de la siguiente manera

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

- En el 1º casillero el diagnostico resultado del PAP positivo

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero correspondiente al diagnóstico positivo del PAP la letra “G” de gestante.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	226458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z359
	07443940	56			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	1. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	2	99402.08
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	2. Displasia Leve	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		N870

## EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

La clasificación que se hace de acuerdo a las normas técnicas vigentes.

Para las gestante se tiene 2 tipos de clasificaciones:

**ÍNDICE DE MASA CORPORAL PRE GESTACIONAL (IMC).**- Solo debe de registrarse en la 1ra. Atención prenatal, según la presente clasificación.

### IMC PARA LA EDAD

CÓDIGO	PUNTO DE CORTE (IMC)	CLASIFICACIÓN
E669	$\geq 30.0$	Obesidad
E660	$25.0 < 30.0$	Sobrepeso
Z006	$\geq 18.5 < 25$	Normal
O25X	$< 18.5$	Delgadez

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo
- En los siguientes casilleros libre el Resultado de la Evaluación por IMC y la consejería nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” para las actividades.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 2, 3, 4... según corresponda.
- En el casillero del resultado de la evaluación nutricional “IMC” para indicar que la evaluación es el resultado del índice de mas corporal pre gestacional
- En el casillero de la consejería nutricional el número de sesión 1, 2, 3... según corresponda

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	016441	1	Calleria	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z3591
	12733940	06			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	U1692
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Gestante con delgadez	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	IMC	O261
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	D	R		

**GANANCIA DE PESO.-** Se registra a partir de las 12 semanas de gestación

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN
<b>0261</b>	Aumento pequeño de peso en el embarazo/baja ganancia de peso gestacional	Baja
<b>Z006</b>	Adecuada ganancia de peso gestacional	Adecuada
<b>0260</b>	Aumento excesivo de peso en el embarazo/alta ganancia de peso gestacional	Alta

**EN LAS SIGUIENTES ATENCIONES PRE NATALES:**

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo
- En los siguientes casilleros libre el Diagnóstico de la Ganancia de peso y la consejería nutricional

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 2, 3, 4... según corresponda.
- En el casillero de la consejería nutricional el número de sesión 1, 2, 3... según corresponda

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P D R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
	016441	1	Calleria	26	M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 12 semanas	P <input checked="" type="checkbox"/> R	2	Z3591
	12733940	06			M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Aumento pequeño de peso en el embarazo	P <input checked="" type="checkbox"/> R		O261
					D		Hb	R	R	3. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P <input checked="" type="checkbox"/> R	2	99403.01

Si la gestante mantiene en las siguientes atenciones prenatales la misma condición nutricional identificada ésta se debe registrar con tipo de diagnóstico "R" hasta que se recupere, el registrar con tipo de diagnóstico "D" en cada control incrementaría un mismo caso tantas veces como controles tenga la gestante durante el episodio de enfermedad.

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P D R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
	016441	1	Calleria	26	M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 16 semanas	P <input checked="" type="checkbox"/> R	2	Z3592
	12733940	06			M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Aumento pequeño de peso en el embarazo	P <input checked="" type="checkbox"/> R		O261
					D		Hb	R	R	3. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P <input checked="" type="checkbox"/> R	3	99403.01

**CUANDO LA GESTANTE ES RECUPERADA**

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 2, 3, 4... según corresponda.
- En el 2º casillero "PR" de paciente recuperado
- En el 3º casillero el número de consejería nutricional

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	016441	1	Calleria	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 20 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z3592
	12733940	06			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PR	O261
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	R	R	3. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	99403.01

**EN EL CASO DE UNA GESTANTE CON GANANCIA DE PESO ADECUADA**  
**En la primera evaluación nutricional:**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	016441	1	Calleria	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo normal de 13 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3491
	12733940	06			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Adecuada ganancia de peso	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		Z006
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	R	R	3. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99403.01

**En las siguientes evaluaciones nutricionales con ganancia de peso adecuada**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	016441	1	Calleria	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo normal de 20 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z3492
	12733940	06			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Adecuada ganancia de peso	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		Z006
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	R	R	3. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	99403.01

**EXÁMENES DE LABORATORIO COMPLETO**

**Definición Operacional.-** Actividad de ayuda al diagnóstico dirigida a la gestante que acude a su atención prenatal; lo realiza el Tecnólogo Médico, Biólogo o Técnico de Laboratorio en establecimientos de salud que cuenten con servicio de laboratorio.

Se considera:

- ⇒ **02 baterías de Análisis durante el embarazo** (1ª batería se solicita en la 1ª atención prenatal y la 2ª con un intervalo de 03 meses), excepto el grupo sanguíneo y factor RH.
- ⇒ **Batería de Análisis:** Hemoglobina, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas para sífilis (Prueba rápida y/o RPR) y para VIH (prueba rápida y/o ELISA), urocultivo (laboratorio que cuenta con servicio de microbiología) o examen completo de orina (laboratorio que no cuenten con servicio de microbiología).}

**TAMIZAJE DE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA (81002)**

**Definición Operacional.-** Actividad que se realiza a partir del 1º contacto de la gestante con el servicio, en los establecimientos de salud desde el I.1. Debe de realizarse en todas las atenciones pre natales.

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo

- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, evaluación nutricional, tamizaje de VBG, etc.
  - En siguiente casillero libre Tamizaje de Bacteriuria
- En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" para las actividades.

### Cuando el resultado es negativo:

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 2, 3, 4... según corresponda.
- En el casillero del Tamizaje:
  - RN** si el resultado es negativo

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z3591	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	U1692	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	3. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	IMC	O261	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	81002	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

### Cuando el resultado es positivo:

En el ítem: Lab registre:

- En el casillero del Tamizaje:
  - RP** si el resultado es positivo

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z3591	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	U1692	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	3. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	IMC	O261	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RP	81002	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

### TAMIZAJE DE PROTEINURIA (82044)

**Definición Operacional.-** Actividad que se realiza en cada atención prenatal a partir de las 20 semanas hasta el término de la gestación, en los establecimientos de salud desde el I.1

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo
- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, evaluación nutricional, tamizaje de VBG, etc.



- En siguiente casillero libre Tamizaje de Proteinuria

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” para las actividades.

### Cuando el resultado es negativo:

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 2, 3, 4... según corresponda.
- En el casillero del Tamizaje:
  - RN** si el resultado es negativo

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILCEMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 20 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	4	Z3592	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	IMC	O261	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje de Proteinuria	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	82044
					<input checked="" type="checkbox"/> M	F	TALLA	C	C	2. Tamizaje de Bacteriuria	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	81002	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			

### Cuando el resultado es positivo:

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 2, 3, 4... según corresponda.
- En el casillero del Tamizaje:
  - RP** si el resultado es positivo

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILCEMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 20 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	4	Z3592	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	IMC	O261	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje de Proteinuria	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RP	82044
					<input checked="" type="checkbox"/> M	F	TALLA	C	C	2. Tamizaje de Bacteriuria	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RP	81002	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			

## TAMIZAJE REALIZADO CON PRUEBAS RÁPIDAS VIH-SÍFILIS (DUALES)

**Pruebas rápidas para VIH y Sífilis.**– Son pruebas rápidas para tamizaje de 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, anote claramente:**

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo
- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, evaluación nutricional, tamizaje de VBG, etc
- En siguiente casillero libres Tamizaje de Proteinuria
  - Consejería Pre test para VIH
  - Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único **(El prestador podrá escribir “Tamizaje de VIH” para la abreviatura del procedimiento)**
  - Consejería Post Test para VIH (No Reactivo o Reactivo) según sea
  - Anticuerpo; Treponema Pallidum **(El prestador podrá escribir “Tamizaje de Sífilis” para la abreviatura del procedimiento)**
  - Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

**En el ítem: Lab anote:**

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 1, 2, 3, 4... según corresponda.
- En los casilleros donde están registradas las Consejerías Pre y Post test y la de Prevención de ITS/VIH, Hepatitis B
  - 1** si es la 1ª Batería de laboratorio
  - 2** si es la 2ª Batería de laboratorio
- En el casillero del Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2 y del Anticuerpo treponema pallidum, registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado:
  - RP** si el resultado es reactivo
  - RN** si el resultado es no reactivo

### Primer Tamizaje: en la primera atención pre natal

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo normal de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3491	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Gestante con peso normal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	Z006	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb	R	R	3. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
					<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC		PESO	N	N	1. Tamizaje de Bacteriuria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	81002
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	C	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401.33	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab		Hb	R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86703
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
					<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC		PESO	N	N	1. Consejería Post Test para VIH no Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401.34
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	C	C	2. Anticuerpo treponema pallidum	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86780	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab		Hb	R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.05

**Segundo Tamizaje: a partir de la quinta atención pre natal**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILCEMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo normal de 33 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	5	Z3493
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Adecuada ganancia de peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R		Z006
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje de Bacteriuria	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	81002
					<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	C	C	2. Tamizaje de Proteinuria	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	82044
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	2	99401.33
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	86703
					<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	2	99401.34
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Anticuerpo treponema pallidum	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	86780
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					<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	2	99402.05
					<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

**Tamizaje realizado con pruebas rápidas (DUALES) en púrpas**

Solo se realizará cuando la púrpas no se realizó el tamizaje durante la gestación

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

- En el casillero 1º Control de Puerperio
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único (**Tamizaje para VIH**)
- En el casillero 4º la Consejería Post Test de acuerdo al resultado:
  - **NO REACTIVO 99401.34**
  - **REACTIVO 99403.03**

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control de puerperio
- En los casilleros 3º y 5º registre la sigla que identifique el resultado de la prueba realizada:
  - **RP** si el resultado es Reactivo
  - **RN** si el resultado es No Reactivo

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALICO Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Control de Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	1	59430	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	2. Suplementación de sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	TA	99401.33	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	7	99403.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	99401.33	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	86703	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	99401.34	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	N	N	1. Anticuerpo treponema pallidum	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	RN	86780
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	99402.05		
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R		

## TAMIZAJE PARA VIH CON PRUEBAS RÁPIDAS EN GESTANTES (INDIVIDUALES)

### CUANDO SE REALIZA EN EL CONSULTORIO

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo (Z359)
- En los siguiente casilleros:
  - Consejería Pre test para VIH
  - Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único **(El prestador podrá escribir "Tamizaje de VIH" para la abreviatura del procedimiento)**
  - Consejería Post Test para VIH (No Reactivo o Reactivo) según sea

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero 1º 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba.
- En los casilleros de la Consejería Pre y Post Test
  - "1" si es la 1ª Bateria de laboratorio
  - "2" si es la 2ª Bateria de laboratorio
- En el casillero del Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado:
  - RP si el resultado es reactivo
  - RN si el resultado es no reactivo

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALICO Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	38458	1	Puno	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	1	Z359
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99401.33
	10733940	02			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/> B	R	RP	86703

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____											
				A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Post Test para VIH Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403.03
				M			TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

En el caso de gestantes con pruebas reactivas para VIH, serán referidas a una IPRESS que administren Tratamiento antirretroviral (TARV)  
Gestantes con prueba rápida reactivas debe ser enviada al servicio de ITS/VIH-SIDA para su manejo respectivos.

### Tamizaje para VIH con pruebas rápidas en puérperas

Solo se realizará cuando la puérpera no se tamizó durante la gestación

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

- En el 1º casillero Control de Puerperio
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único (**Tamizaje para VIH**)

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de control de puerperio
- En el 3º casillero:
  - RP** si el resultado es Reactivo
  - RN** si el resultado es No Reactivo
- En los casilleros 2º y 4º de la Consejería Pre y Post Test, deje en blanco

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINANA	ESTABILICIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	16458	1	Arequipa	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Control de Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59430
					M				TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.33
	07033940	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb	R	R	3. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					A	M	PC		PESO	N	N	1. Consejería Post Test para VIH Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99403.03
					M				TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
					D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

### TAMIZAJE CON PRUEBA DE ELISA EN GESTANTES

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 antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único" la consejería 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
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º Escriba 1, 2 ó 3 que corresponde al trimestre de gestación
- En el casillero de la Consejería Pre Test
  - 1 si es la 1ª Batería de Laboratorio
  - 2 si es la 2ª Batería de Laboratorio

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	38458	1	Puno	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Supervisión de Embarazo con Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	10733940	02			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	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 Supervisión de embarazo de alto riesgo
- En el casillero 2º Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único:
- En el casillero 3º Consejería Post test para VIH de acuerdo al resultado:
  - **RP** si el resultado es Reactivo
  - **RN** si el resultado es No Reactivo

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º el trimestre de embarazo 1,2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se realiza el tamizaje
- En el casillero 2º el resultado del tamizaje:
  - **RP** si el resultado es Reactivo
  - **RN** si el resultado es No Reactivo
- En el casillero 3º el número de batería de laboratorio
  - 1 si es la 1ª Batería de Laboratorio
  - 2 si es la 2ª Batería de Laboratorio

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	38458	1	Puno	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Supervisión de Embarazo con Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	10733940	02			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Detección de antígenos de agentes infecciosos HIV-1 y HIV-2, resultado único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	87389
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.34
	07033940	80			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3..	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

### TAMIZAJE PARA VIH EN TRABAJO DE PARTO

Esta forma de registro se usará sólo cuando no exista la certeza de que a la gestante se le realizó los tamizajes correspondientes a las baterías. Por ejemplo en gestantes referidas para atención de parto.

**El registro es individual y se utilizará "Prueba Rápida" solo se registrará el resultado utilizando el 2º campo Lab "RSA" de Riesgo Sanitario.**

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 casillero 2º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único
- En el casillero 3º Consejería Post test para VIH de acuerdo al resultado:
  - NO REACTIVO 99401.34**
  - REACTIVO 99403.03**

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 2º registre la sigla **RN** si el resultado es no reactivo
- En el siguiente casillero registre SIEMPRE la sigla **“RSA”** para indicar Riesgo Sanitario

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> R			99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único prueba rápida VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	RN		86703
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	RSA		99401.34

La sigla **“RSA”** es la única forma en el registro que permite diferenciar los tamizajes de VIH en Trabajo de Parto

**Cuando el resultado es REACTIVO**

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 casillero 2º Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único
- En el casillero 3º Consejería Post Test para VIH Reactivo
- En el casillero 4º Administración de Tratamiento **[TARV]**

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 2º registre la sigla **RP** si el resultado es reactivo
- En el casillero 3º registre SIEMPRE la sigla **“RSA”** para indicar Riesgo Sanitario
- En el casillero 4º el inicio de tratamiento **“IA”** sólo al inicio de TARV.
- En el siguiente casillero **“TAR”**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20635	1	San Martín de Porres	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> R			99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	RP		86703
	07033136	56			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería Post Test para VIH Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	RSA		99403.03
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					<input checked="" type="checkbox"/> A	PC	PESO	N	N	1. Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	IA		99199.10
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	2.	P	D	R	TARV	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		



Sólo se registrará el inicio de TARV con "IA" en el campo Lab, en las siguientes atenciones sólo se registrará Administración de Tratamiento y en el campo Lab = TAR

En el caso de gestantes con pruebas reactivas para VIH atendidas en el 1º nivel de atención que no brinden atención integral de TARV serán referidas a una IPRESS de mayor complejidad

## TAMIZAJE PARA VIH EN CASOS DE ABORTOS

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 casillero 2º HIV-1 y HIV-2, análisis único
- En el casillero 3º Consejería Post Test Negativo o Reactivo según corresponda

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
  - RP si el resultado es positivo
  - RN si el resultado es negativo
- En el siguiente casillero registre SIEMPRE la sigla "RMA" para indicar Riesgo Sanitario

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	20635	1	San Martín de Porres	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99401.33
					M				TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	86703
	07033136	56			D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		Hb	R	R	3. Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	RMA	99401.34

La sigla "RMA" es la única forma en el registro que permite diferenciar los tamizajes de VIH en Aborto

## TAMIZAJE PARA SÍFILIS CON PRUEBAS RÁPIDAS EN GESTANTES

### Cuando se realiza en el consultorio

#### Resultado Positivo

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

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo Alto riesgo
- En el 2º casillero Sífilis que complica el embarazo
- En los siguientes casilleros **Tamizaje, Consejería y Administración de tratamiento** marque "D" sólo cuando sea la primera acción en el año, en las siguientes marcar "R"

En el ítem: Lab registre:

- En el casillero 3º "RP" si el resultado es Positivo
- En el casillero 4º
  - "1" si es la 1ª Bateria de Laboratorio
  - "2" si es la 2ª Bateria de Laboratorio
- En el casillero 5º registre:
  - Cuando inicia el tratamiento: 1

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	16458	1	Arequipa	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z359	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Sífilis que complica el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		O981	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Anticuerpo treponema pallidum	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RP	86780	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.05
					<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		C	2. Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99199.11	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	D	R			

### Segunda dosis a la semana de la primera

En el ítem: Lab registre:

- En el casillero 3º registre:
  - 2 a la semana de la primera dosis

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	16458	1	Arequipa	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z359
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Sífilis que complica el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		O981
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	2	99199.11

### Tercera dosis a la semana de la segunda dosis

En el ítem: Lab registre:

- En el casillero 3º registre:
  - TA al completar las 3 dosis

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	16458	1	Arequipa	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z359
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Sífilis que complica el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		O981
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	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

### Resultado Negativo

En el ítem Lab registre:

- En el casillero 1º el trimestre de gestación 1, 2, 3 según corresponda
- En el casillero 2º "RN" si el resultado es Negativo

- En el casillero 3º:
  - “1” si es la 1ª Batería de Laboratorio
  - “2” si es la 2ª Batería de Laboratorio

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	16458	1	Arequipa	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z359
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Anticuerpo treponema pallidum	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	86780	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.05	

### Cuando el Tamizaje de Sífilis se realiza con de RPR

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

- En el casillero 1º Gestante con factor de riesgo

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º el número de la atención prenatal según corresponda.
- En el casillero 2º de la evaluación de resultados:
  - RP si el resultado es Positivo
  - RN si el resultado es Negativo
- En el casillero de la Consejería escribir el N° de Batería de Laboratorio
  - “1” si es la 1ª Batería de Laboratorio
  - “2” si es la 2ª Batería de Laboratorio

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	20635	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z359
	07033136	56			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	86593	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.05	

Solo se realizará cuando la puerpera no se realizó el tamizaje durante la gestación

### TAMIZAJE PARA SÍFILIS CON PRUEBAS RÁPIDAS EN PUERPERAS

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

- En el 1º casillero Control de Puerperio
- En el 2º casillero Anticuerpo: Treponema Pallidum
- En el 3º casillero Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de control de puerperio
- En el 2º casillero:
  - RP si el resultado es Positivo
  - RN si el resultado es Negativo

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	16458	1	Arequipa	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Control de Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59430
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anticuerpo treponema pallidum	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86780
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402.05

### Cuando el Tamizaje de Sífilis en Puérperas se realiza a través de RPR

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

- En el 1º casillero Control de Puerperio
- En el 2º casillero Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa
- En el 3º casillero Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis:

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de control de puerperio
- En el 2º casillero:
  - **RP** si el resultado es Positivo
  - **RN** si el resultado es Negativo
- En el casillero de la Consejería escribir el N° de Batería de Laboratorio

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	16458	1	Arequipa	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Atención del Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59430
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86593
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99402.05

## TAMIZAJE DE HEPATITIS B

**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.

### Resultado No Reactivo con prueba rápida de Hepatitis B

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo
- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, evaluación nutricional, tamizaje de VBG, etc
- En los siguientes casilleros en blanco
  - Detección de anticuerpos para (HBsAg) (con código 87342)
  - Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 1, 2, 3, 4... según corresponda.
- En el casillero Detección de anticuerpos para HBs-Ag, registre la sigla que determine el resultado
  - **RN** si el resultado es No Reactivo

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	547285	2	Nieva	31	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo normal de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z3491	
	06521423	20			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Adecuada ganancia de peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		Z006	
					D		<input checked="" type="checkbox"/> F	Hb	R	R	3. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99401.33
					M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	86703
					D			Hb	R	R	3. Consejería Post Test para VIH no Reactivo	P	D	R	1	99401.34
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Anticuerpo treponema pallidum	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	86780
					M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Detección de anticuerpos para HBs-Ag	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	87342
					D			Hb	R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.05

### Resultado Reactivo con prueba rápida de Hepatitis B

En el ítem Lab anote:

- En el casillero Detección de anticuerpos para HBs-Ag, registre la sigla que determine el resultado.
  - RP** si el resultado es Reactivo

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	547285	2	Nieva	31	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo normal de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z3491	
	06521423	20			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Gestante con peso normal	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	IMC	Z006	
					D		<input checked="" type="checkbox"/> F	Hb	R	R	3. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99401.33
					M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	86703
					D			Hb	R	R	3. Consejería Post Test para VIH no Reactivo	P	D	R	1	99401.34
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Anticuerpo treponema pallidum	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	86780
					M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Detección de anticuerpos para HBs-Ag	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RP	87342
					D			Hb	R	R	3. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.05

### GESTANTE CON RESULTADOS DE BATERÍA DE LABORATORIO COMPLETA

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especifique la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En el 2º casillero Batería de Laboratorio de la Gestante

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de evaluación de resultados según corresponda:
  - “1” cuando se tiene el resultado de la 1ª batería y anote el código **80055.01**
  - “2” cuando se tiene el resultado de la 2ª batería y anote el código **80055.02**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	1. Atención Prenatal con riesgo 14 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3591
					M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Batería de Laboratorio de la Gestante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	80055.01
	07033940	56			D		Pab	Hb	12.8	R	R	3. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	85018

**Solo se registra la “Batería de Laboratorio de la Gestante” cuando se cuenta con los resultados de los exámenes de laboratorio (todos), NO se registra cuando se prescribe la orden para realizarlos**

**Si viene con los resultados de la Batería de Análisis completo y no le toca la Atención Prenatal**

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Batería de Laboratorio de la Gestante

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 según el trimestre de gestación
- En el 2º casillero el número de evaluación de resultados según corresponda:
  - “1” cuando se tiene el resultado de la 1ª batería
  - “2” cuando se tiene el resultado de la 2ª batería

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z359
					M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Batería de Laboratorio de la Gestante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	80055.02
	07033940	58			D		Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		

## MANEJO PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN MUJERES GESTANTES Y PUERPERAS

El Manejo preventivo de la anemia se realizara en las gestantes y puerperas que no tienen diagnostico de anemia.

### Medición de Hemoglobina en gestantes durante la atención pre natal

#### Nº de Dosaje

#### Edad Gestacional

1º	Durante el primer control prenatal
2º	Entre la semana 25 y 28 de gestación
3º	Entre la semana 37 y 40 (antes del parto)
4º	A los 30 días post parto (término de la suplementación)

- ⇒ La primera medición de hemoglobina se realizara en la primera atención prenatal.
- ⇒ La segunda medicion de hemoglobina se realizará luego de 3 meses con relación a la medición anterior.
- ⇒ La tercera medición de hemoglobina se solicitara antes del parto.
- ⇒ La cuarta medición se solicitará 30 días despues del parto.

Si en alguno de los dosajes de heomoglobina de la gestante resultara  $< 11\text{g/dl}$  (luego del reajuste según altura), debe referirse al médico u obstetra para definir el procedimiento a seguir, evaluar la adherencia y derivar para la consulta nutricional con un profesional nutricionista, de no contar con este recurso humano será el profesional capacitado en consejería nutricional quien realice dicha actividad.

**“El dosaje de hemoglobina debe ser solicitado de manera obligatoria a toda gestante en la primera atención prenatal con el objetivo de seleccionar la dosis de hierro elemental a utilizar”**

#### Cuando el dosaje de hemoglobina se realiza en el consultorio:

**En la 1ra. Medición,** realizar el registro de la siguiente manera:

En el ítem: evaluación antropométrica/hemoglobina, anote el resultado de la medición

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

- En el 1º casillero En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo
- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, evaluación nutricional, tamizaje de VBG, etc
- En el siguiente casillero dosaje de hemoglobina

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En los casilleros de las actividades marque “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de atención prenatal
- En el casillero del dosaje el número 1 correspondiente a la 1ra. medición de hemoglobina

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SE RVI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z3591
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	U1692
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	12.3	R	R	3. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					<input checked="" type="checkbox"/> A	PC	PESO	N	N	1. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	IMC	O261
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		C	C	2. Tamizaje de VBG	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	96150
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R



## La primera suplementación de sulfato ferroso a las 14 semanas

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo normal de 14 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	3	Z3492	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Adecuada ganancia de peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R		Z006	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	3	99403.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	59401.04
					<input checked="" type="checkbox"/> M	F	TALLA	C	C	2. Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	81002	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			

**En la 2da. Medición,** realizar el registro de la siguiente manera:

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del dosaje el número 2 correspondiente a la 2da. medición de hemoglobina

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo normal de 28 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	6	Z3493	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Adecuada ganancia de peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R		Z006	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		12.4	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	3. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	2	85018	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	6	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/> M	F	TALLA	C	C	2. Suplementación de Sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas)	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	4	59401.04	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3. Suplementación de calcio	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	2	59401.05	

**En la 3ra. Medición,** realizar el registro de la siguiente manera:

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del dosaje el número 3 correspondiente a la 3ra. medición de hemoglobina

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 38 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	7	Z3593	
					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> E	2. Adecuada ganancia de peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R		Z006	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab		12.8		<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> E	3. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	3	85018	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	6	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/> M	F		TALLA		C	C	2. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	6	59401.04	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb		R	R	3. Suplementación de calcio	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	3	59401.05	

**En la 4ta. Medición,** realizar el registro de la siguiente manera:

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del dosaje el número 3 correspondiente a la 3ra. medición de hemoglobina

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	1. Control de puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	59430	
					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> E	2. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	TA	59401.04	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb	12.2	R	R	3. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	4	85018	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	7	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			

**“El registro del dosaje de hemoglobina, debe realizarse cuando tengan los resultados”**

**Cuando el dosaje de hemoglobina se realiza en el laboratorio**

**En la 1ra. Medición,** realizar el registro de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo
- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, evaluación nutricional, tamizaje de VBG, etc
- En el siguiente casillero dosaje de hemoglobina

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En los casilleros de las actividades marque “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de atención prenatal
- En el casillero del dosaje el número 1 correspondiente a la 1ra. medición de hemoglobina

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILIZACION MIENTRO	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692
			<input checked="" type="checkbox"/>		F	Pab	Hb	12.3	R	R	3. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	85018	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	O261
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2. Suplementación de ácido fólico (hasta las 13 semanas)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59401.03
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R	3. Bateria de Laboratorio de la Gestante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	80055.01

## MANEJO TERAPEUTICO DE ANEMIA EN MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS

⇒ El tratamiento de la **anemia en gestantes y puerperas con diagnostico según valores de la tabla se realizara como ahí se indica**

CONDICIÓN DE ANEMIA	DOSIS	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
<b>Anemia Leve</b>	120 mg de hierro elemental + 800 ug de Ácido Fólico diario (2 tabletas diarias)	Sulfato ferroso + Ácido Fólico o Hierro Polimatatoso + Ácido Fólico	Durante 6 meses	Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance valores de de 11 g/dl o mas (valores ajustados a los 1000 msnm)
<b>Anemia Moderada</b>		Hierro Polimatatoso + Ácido Fólico		
<b>Anemia Severa</b>	Tratar inmediatamente como caso de anemia y referir a un establecimiento de mayor complejidad que brinde atención especializada (hematología y/o ginecología0 msnm).			

- ⇒ Cuando la hemoglobina de la gestante ó puerpera con anemia alcanza los valores mayores o igual a 11 g/dl (hasta 1000 msnm) se continuará con la misma dosis por el lapso de 3 meses adicionales. Concluido el mismo se continuara con la dosis de prevención hasta los 30 días despues del parto.
- ⇒ En las gestantes con anemia se realizará el dosaje de hemoglobina de manera mensual.

**Cuando se determina el diagnostico de anemia use otro registro de la siguiente manera:**

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo **Z359**
- En el 2º casillero Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio **O990**
- En el 3º casillero Dosaje de Hemoglobina
- En el 4º casillero Consejería Nutricional: Alimentación Saludable
- En el 5º casillero Suplementación con sulfato ferroso + ácido fólico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” para las actividades, en el caso del tamizaje indica la disponibilidad del resultado

- En los casilleros de las actividades marque “D”
- En el casillero del diagnóstico de Anemia si se mantiene la misma condición desde la 1ra. Vez marque “R”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de trimestre de gestación
- En el 2º casillero el grado de severidad de la anemia:
  - **LEV** = Leve (Hb: 10.0 – 10.9 g/dl)
  - **MOD** = Moderado (Hb: 7.0 – 9.9 g/dl)
  - **SEV** = Severo (Hb: < 7.0 g/dl)
- En el 3º y 4º casillero el número correspondiente a la actividad 1, 2, 3, 4, 5, 6
- En el 5º casillero el número de la suplementación 1, 2, 3, 4, 5, 6

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILCEMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LEV	O990
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	10.0	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	85018
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/>	A	PC	PESO		N	N	1. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59401.04
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R						

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILCEMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LEV	O990
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	10.8	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	85018
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/>	A	PC	PESO		N	N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	59401.04
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILCEMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															

16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z359	
				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LEV	O990	
				<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	11.1	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	85018
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /							
			26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	99403.01	
				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	59401.04	
				<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z359
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	1. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z359
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	11.8	R	R	1. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEX O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACION ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z359
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	12.2	R	R	1. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6

### Cuando la gestante regresa al mes y alcanza el valor normal de hemoglobina

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de trimestre de gestación
- En el 2º casillero Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio:
  - PR cuando la gestante alcanza el valor normal de hemoglobina**
- En el 4º casillero Suplementación de Sulfato ferroso número 1 como inicio del tratamiento terapeutico

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILICIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	3	Z359
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	PR	O990
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Hb	12.2	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	4	85018
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
					<input checked="" type="checkbox"/> A	PC	PESO	N	N	1. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	59401.04
					<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	2	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			

## SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

**Definición Operacional.-** Intervención que tiene como objetivo asegurar el suministro adecuado a las gestantes y puerperas de hierro más ácido fólico, para disminuir la prevalencia de anemia y otras complicaciones.

Etapa	Micronutriente	Cantidad	Producto a Utilizar	Tiempo
<b>Gestación</b>	500 ug. Ácido Fólico	1 tableta diaria	Ácido Fólico	Durante las 13 primeras semanas de embarazo
	60 mg de hierro elemental + 400 ug. de Ácido Fólico	1 tableta diaria	Sulfato Ferroso/Ácido Fólico o	A partir de la semana 14 de gestación
	120 mg de hierro elemental + 800 ug. de Ácido Fólico	2 tabletas diarias	Sulfato Ferroso/Ácido Fólico o	Gestantes que inician su atención prenatal después de la semana 32
<b>Puerperio</b>	60 mg de hierro elemental + 400 ug. Ácido Fólico	1 tableta diaria	Sulfato Ferroso/Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado/Ácido Fólico	Hasta los 30 días después del parto

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007  
RM N° 069-2016/MINSA

- ⇒ Se considera **GESTANTE SUPLEMENTADA** cuando la gestante recibe un total de **60 tabletas de Ácido Fólico** (durante las primeras 13 semanas del embarazo) y **180 tabletas de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico** (a partir de la semana 14 de gestación) y **30 tabletas de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico** (hasta los 30 días después del parto).
- ⇒ En el caso de que la Gestante iniciara su atención prenatal después de la semana 32 recibirá **2 tabletas diarias de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico**
- ⇒ Además de la entrega del insumo, la gestante recibe la orientación/consejería y evaluación nutricional la misma que queda consignada en el cuaderno de seguimiento, historia clínica y carné materno perinatal.

## ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTO DE ÁCIDO FÓLICO

Las gestantes recibirán una dosis diaria de ácido fólico de 500 ug. Hasta las 13 semanas. (Son 02 entregas)

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En los siguientes casilleros las actividades del paquete de atención integral de la gestante
- En otro casillero Suplementación de ácido fólico (hasta las 13 semanas)

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención
- En el casillero correspondiente al ácido fólico 1, 2.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z3591	
	07033940	48			M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	U1692	
					D	Pab	Hb	R	R	3. Gestante con Bajo Peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	IMC	O25X	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación de ácido fólico (hasta las 13 semanas)	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	59401.03
					M			TALLA	C	C	2. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

## ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTO DE SULFATO FERROSO

**Definición Operacional.**- Suplementación que se brinda a partir de las 14 semanas de gestación, son 180 tabletas en la gestante, se da 30 por vez (son 06 entregas)

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En otro casillero Consejería Nutricional, Administración de Sulfato Ferroso, etc.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención
- En el casillero correspondiente a la consejería nutricional 1, 2.... según corresponda
- En el casillero de la suplementación la DOSIS correspondiente 1, 2, 3,4,5, 6:

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
											P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 14 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	2	Z3592	
	07033940	58			M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01	
					D	Pab	Hb	R	R	3. Menor a lo Recomendado según Semana Gestacional	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		O261	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Suplementación de Sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas)	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	59401.04
					M			TALLA	C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		



### Cuando viene a su primera atención pre natal después de las 32 semanas:

La medición de la hemoglobina se hará en esta atención. En caso que no se detecte anemia, se hará una siguiente medición de hemoglobina entre la semana 37 y 40 y la última a los 30 días del post parto.

Etapa	Micronutriente	Cantidad	Producto a Utilizar	Tiempo
Gestación	120 mg de hierro elemental + 800 ug. de Ácido Fólico	2 tabletas diaria	Sulfato Ferroso/Ácido Fólico o	Gestantes que inician su atención prenatal después de la semana 32
Puerperio	60 mg de hierro elemental + 400 ug. Ácido Fólico	1 tableta diaria	Sulfato Ferroso/Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado/Ácido Fólico	Hasta los 30 días después del parto

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILIZACION MIENTRO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo de 32 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	23593	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	85018	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	11.2	R	R	3. Menor a lo Recomendado según Semana Gestacional	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		0261	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO		N	N	1. Tamizaje de VBG	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	VIF	96150
					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		C	C	2. Toma de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		88141
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99402.08
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO		N	N	1. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	59401.04
					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		C	C	2. Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	81002
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3. Tamizaje de Proteinuria	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN	82044

### ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTACIÓN DE CALCIO

**Definición Operacional.**- Tratamiento que se da a partir de las 20 semanas de gestación hasta el parto, 02 gramos vía oral diarios, se da 30 por vez (son 05 entregas).

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En otro casillero Consejería Nutricional, Administración de Calcio, etc.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención
- En el casillero correspondiente a la consejería nutricional 1, 2.... según corresponda
- En el casillero correspondiente a la Suplementación de **CALCIO** indicar el número de dosis correspondiente 1, 2, 3, 4..

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	16458	1	San Juan de Miraflores	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	1. Atención Prenatal 22 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	3	Z3592	
					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb	11.2	R	R	3. Menor a lo Recomendado según Semana Gestacional	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		O261	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC		PESO		N	N	1. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	2	59401.04
					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		C	C	2. suplementación de calcio	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	50401.05	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

## ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

**Definición Operacional.** - Examen de ayuda al diagnóstico que se realiza a la gestante antes de las 20 semanas; lo realiza el Médico Gineco-Obstetra y Médico Cirujano calificado en establecimientos de salud que cuenten con el equipo de ecógrafo.

Se considera 03 exámenes ecográficos de 15 minutos cada uno:

- ⇒ **1º Examen:** Antes de las 13 semanas para confirmar edad gestacional y entre las 11 y 14 semanas para gestantes mayores de 35 años de edad y/o con antecedentes de malformaciones congénitas para evaluación del pliegue nucal fetal.)
- ⇒ **2º Examen:** a partir de las 20 semanas para ver morfología.
- ⇒ **3º Examen:** Después de las 32 semanas para establecer el peso, placenta, ILA, PBF.

Registro del personal calificado que realiza la ecografía en establecimientos de salud:

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 según el trimestre de gestación
- En el 2º casillero el número de la ecografía 1, 2, 3 según corresponda

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	16458	2	San Juan de Miraflores	31	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	Z359
					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Ecografía, Útero Grávido	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	76805
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		

## EVALUACIÓN DE BIENESTAR FETAL

**Definición Operacional:** Procedimiento que se realiza a la gestante, con el cual se determina el estado del feto, a través de la monitorización clínica o electrónica, ecografía, test estresante y no estresante, las mismas que se solicitan según el caso y la semana de gestación; lo realiza el Médico Gineco Obstetra y Obstetra capacitado en monitoreo de bienestar fetal.

**Se considera:**

- ⇒ Monitoreo electrónico fetal no estresante y test estresante es a partir de establecimiento FONB.
- ⇒ Ecografía de bienestar fetal según el caso.

Se considera 02 exámenes:

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero el procedimiento según corresponda:
  - Test de Estrés Fetal **59020**
  - Test No Estresante **59025**

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 según el trimestre de gestación
- En el 2º casillero el número de la Evaluación de Bienestar Fetal 1, 2 según corresponda.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLERECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	95682	2	Iquitos	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z359
					M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Test no estresante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59025
	40587421	35			D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

## GESTANTE CON ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

**Definición Operacional:** Son todas aquellas actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre. Lo realiza el Médico Gineco-Obstetra, Médico Cirujano con competencias y Obstetra, con la participación de todo el equipo multidisciplinario; a partir de los establecimientos de salud nivel I. Debe iniciarse en el primer trimestre de gestación y recibir el paquete básico que permita la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo para el manejo adecuado de las complicaciones que puedan presentarse tanto en la madre como en el perinato. Considera como mínimo 6 atenciones durante el embarazo.

### Paquete básico:

- Historia clínica Materno Perinatal, detección de factores de riesgo.
- Evaluación física, incluye: examen de mamas,
- Papanicolaou y/o IVAA.
- Educación para el auto examen de mamas.
- Orientación/consejería y evaluación nutricional. (Incluye talla y peso).
- Detección e intervención oportuna de signos de alarma.
- Examen Gineco-obstétrico.
- Plan de parto.
- Examen odontológico.
- Psicoprofilaxis /estimulación prenatal (cada programa tendrá sus 06 sesiones por separado).
- Tamizaje de Violencia.
- Exámenes completos de laboratorio.
- Ecografía en el primer trimestre y en el tercer trimestre.
- Monitoreo materno fetal en el tercer trimestre.
- Visitas Domiciliarias.
- Inmunización antitetánica (ESNI).
- Inmunización contra fiebre amarilla después de las 26 semanas en zonas endémicas. (ESNI).
- Inmunización contra la Influenza Adulto (0.5cc v. im. dosis única) debido a que las gestantes son consideradas como población de riesgo para influenza. A partir del segundo trimestre de gestación (a partir de las 20 semanas de gestación) y se programará al 60% del total de gestantes. (ESNI).
- Suplemento de ácido fólico (500 mcg) durante el primer trimestre, hasta las 13 semanas.
- Suplemento de hierro (60 mg) y ácido fólico (400 mcg), desde las 14 semanas. (PAN)
- Suplemento de calcio. 2 gramos v.o diarios, desde las 20 semanas hasta el parto.
- Tamizaje de:
  - Bacteriuria asintomática (tira reactiva).
  - Sífilis (prueba rápida).

- VIH (prueba rápida).
- Proteinuria (tira reactiva o ácido sulfosalicílico)
- Anemia (Hemoglobina con “Hemocue”)
- Diabetes gestacional (Hemoglucotest)

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control [*este debe ser el 6º a más*]
- En cualquier casillero LIBRE “TA” para indicar que esta gestante cumple con la condición

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABILIZACIÓN MIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	6532	2	Wanchaq	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO	N	N	1. Atención Prenatal 37 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	Z3593
					M				TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2. Adecuada ganancia de peso	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TA	Z006
	95642582	40			D		Pab		Hb	R	R		1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
					A	M	PC			PESO	N	N	1. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	. 59401.04
					M					TALLA	C	C	2.	P	D	R		
					D	F	Pab			Hb	R	R	3.	P	D	R		

**Gestante Reenfocada es la que cumple con el paquete básico.  
Ninguna gestante es REENFOCADA si es que no es controlada**

## PLAN DE PARTO

**Definición Operacional:** Es una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante, la puerpera y el recién nacido. El plan debe consignar la información precisa que permita organizar el proceso de la atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y la referencia de ser necesaria. El plan facilita la información para que las gestantes y sus familias sepan a donde llegar, ante la presencia de señales de parto o algún signo de alarma. Se necesita por lo menos 03 entrevistas con la gestante y su familia.

**1º Entrevista del Plan de Parto.**- Se elabora en la primera atención prenatal y se le entrega a la gestante para que con su familia decidan todas las opciones concernientes a la atención.

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En el 2º casillero Plan de Parto

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número “1” de 1º atención prenatal
- En el 2º casillero el número “1” por ser la primera entrevista

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	16458	1	San Juan de Miraflores	21	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
					M				TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692
	07033940	56			D		Pab		Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

Para el ejemplo solo se ha incluido el registro del Plan de Parto pero se debe registrar todas las actividades realizadas en la 1ª Atención Prenatal

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

- En el 1º casillero Plan de Parto
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral

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

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero el número 2, 3 según corresponda la entrevista por el Plan de Parto
- En el 2º casillero el número de la visita 1, 2... según corresponda.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	20635	2	San Martín de Porres	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U1692
					M				TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita integral familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0011
	07033136	58			D		Pab		Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

## GESTANTE CON MORBILIDAD

**Definición Operacional:** Actividad orientada al manejo de las patologías y/o complicaciones que se presentan durante la gestación y enfermedades transmisibles y no transmisibles.

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

- En el 1º casillero la patología encontrada

En el ítem: Tipo de diagnóstico tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de marcar:

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

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

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

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20635	1	San Martín de Porres	24	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		O234
	07033136	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> E	2.	P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	20687	1	Puno	24	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Pre eclampsia Leve	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		O13X
	07046136	56			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> E	2.	P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	D	R		

## PUÉRPERA CON MORBILIDAD

**Definición Operacional:** Actividad orientada al manejo de las patologías y/o complicaciones que se presentan durante el puerperio.

La codificación de estas patologías se encuentra descrita principalmente en los grupos CIE10 O85 – O92

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

- En el 1º casillero la patología encontrada

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	85422	1	San Martín de Porres	27	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Sepsis puerperal	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		O85X
	13003376	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> E	2.	P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	D	R		

**Si fuera morbilidad general, que en la clasificación de enfermedades no especifica que es en el periodo de Puerperio**

En el ítem: Lab. anote la letra “P” para indicar que es puérpera

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	85422	1	San Martín de Porres	31	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Bronquitis aguda, no especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	P	J219
	13003376	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> E	2.	P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	D	R		

En el caso de los diagnósticos de Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas en gestantes se debe utilizar la clasificación general de la CIE10 y agregar en cualquier campo Lab la letra “G” para indicar que es gestante, para una mayor descripción sobre el registro específico deberá consultar los Manuales de Registro y Codificación de las Estrategias en mención.

## ESTIMULACIÓN PRENATAL

**Definición Operacional:** Es el conjunto de procesos y acciones que potencian y promueven el desarrollo físico, mental, sensorial y social de la persona desde la concepción hasta el nacimiento; mediante técnicas realizadas a través de la madre con la participación activa del padre, la familia y la comunidad. (Ley W 28124, Ley de promoción y estimulación prenatal y temprana).

Utilice un registro por cada gestante

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud anotar la estimulación prenatal, especificando el número de sesión.

En el ítem: Lab anote el número de sesión 1, 2, 3, 4, 5 ó 6 según corresponda.

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIEN TO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	20635	1	San Martín de Porres	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Estimulación pre natal 1º sesión	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99412.01
					M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	07033136	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

## PSICOPROFILAXIS

**Definición Operacional:** Es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién Nacida/o convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebe y su entorno familiar.

Contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y post natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor.

Contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto.

Las actividades de Psicoprofilaxis Obstétrica es realizada por profesional de la salud Obstetra/Obstetra.  
Son 06 sesiones  
USE UN REGISTRO PARA CADA GESTANTE

En el ítem: Lab anote el número de sesión 1, 2, 3, 4, 5 ó 6 según corresponda.

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECI MIEN TO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	20635	1	San Martín de Porres	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Psicoprofilaxis Obstétrica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99412.02
					M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	07033136	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

## ATENCIÓN DEL PARTO

**ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL:** Solo deben registrar en el HIS los establecimientos que **NO** tienen camas de internamiento y se presenta el parto inminente en el consultorio.

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

- En el 1º casillero el tipo de parto



- En el 2º casillero el producto del parto

En el ítem: Código, considere lo siguiente:

- Parto Espontáneo Vertical O8000
- Parto Espontáneo Horizontal O8001

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	20687	1	Puno	24	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Parto espontaneo vertical	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	O8000
					M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Nacido vivo único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z370
	07046136	02			D		Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	

**Siempre que se registra el parto institucional se debe registrar el producto del parto, para esto utilice:**

- ⇒ Z370 Nacido Vivo, Único
- ⇒ Z371 Nacido Muerto, Único
- ⇒ Z372 Gemelos, Ambos Nacidos Vivos
- ⇒ Z373 Gemelos, un Nacido Vivo y un Nacido Muerto
- ⇒ Z374 Gemelos, Ambos Nacidos Muertos
- ⇒ Z375 Otros Nacimientos Múltiples, Todos Nacidos Vivos
- ⇒ Z376 Otros Nacimientos Múltiples, Algunos Nacidos Vivos
- ⇒ Z377 Otros Nacimientos Múltiples, Todos Nacidos Muertos

**ATENCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO:** Cuando el personal de salud atiende el parto en el domicilio, SOLO EN CASOS DE EMERGENCIA.

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

- En el 1º casillero el tipo de parto
- En el 2º casillero el producto del parto

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero “AE” de Actividad Extramural
- En el 2º casillero el “ST” para indicar que fue atendido por Personal de Salud

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SE VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
	20687	1	Puno	24	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Parto espontaneo Horizontal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AE O8001
					M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Nacido vivo único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ST Z370
	07044136	02			D		Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	

## ATENCIÓN DEL PUERPERIO

**Definición Operacional:** Son las atenciones por consulta externa que se brinda a la puérpera; lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano capacitado y Obstetra a partir de los establecimientos de salud nivel I.

Se considera:

- ⇒ 02 atenciones x 20 minutos cada una.
- ⇒ Orientación y consejería en lactancia materna, salud sexual y reproductiva provisión de métodos anticonceptivos.
- ⇒ Vitamina “A” al 100% de puérperas en provincias priorizadas (01 tableta de 200,000UI).
- ⇒ 30 tabletas de sulfato ferroso + ácido fólico
- ⇒ 01 visita domiciliaria en caso que la puérpera no acuda a su control.
- ⇒ Toma de hemoglobina en el primer control de puerperio.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control 1, 2 según corresponda
- En el 2º casillero correspondiente al sulfato ferroso **“TA”**
- En el 3º casillero correspondiente a vitamina A **“1”**

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	20635	1	Puno	24	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Atención postparto Control de puerpera	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	59430	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	TA	59401.04	
	07033136	02			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	11.9	R	R	3. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	4	85018	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		C	C	2. Administración de vitamina A	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	84590	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en la importancia de la lactancia materna	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99401.02

**Cada control de Puerperio deberá incluir las actividades realizadas, debiendo empezar el registro por el Control de Puerpera**

### GESTANTE CON PLAN DE PARTO EFECTIVO

**Definición Operacional:** Es aquella que cumplió con todas las actividades programadas y termino en una atención de parto institucional.

En el ítem: Lab en el registro de Plan de parto **“TA”** de actividad terminada.

DIA	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLAMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	20635	1	Puno	24	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Atención postparto Control de puerpera	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	59430	
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	TA	59401.04	
	07033136	02			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb	11.9	R	R	3. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	4	85018	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		C	C	3. Administración de vitamina A	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	84590	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	TA	U1692
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería en la importancia de la lactancia materna	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	99401.02
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		C	C	2.	P	D	R			
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	1.	P	D	R		

## B. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES

### VISITA DOMICILIARIA (C0011)

**Definición Operacional:** Actividad preventiva promocional extramural, realizada por el personal de salud de los establecimientos de salud con población asignada.

Se considera visitas domiciliarias para:

- ⇒ Gestantes que no acuden a su atención prenatal o gestantes con identificación de complicaciones.
- ⇒ Gestantes para su 2da entrevista del plan de parto.
- ⇒ Gestantes para su 3ra entrevista del plan de parto.

**La actividad de Plan de Atención Familiar se rige de acuerdo a lo establecido por la estrategia de Salud Familiar, para el caso de Materno se ha determinado visitas de seguimiento.**

### Cuando no acude a su Atención Prenatal

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

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral

En el Ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de trimestre de embarazo 1, 2 ó 3 según corresponda
- En el 2º casillero el número de la visita 1, 2... según corresponda

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
	20635	1	Puno	24	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	C0011
	07033136	02			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

### Cuando se realiza a la puérpera

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

- En el 1º casillero Visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento

En el Ítem: Lab, anote:

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

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
13	20635	1	Camaná	22	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1. Visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99501
					<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
	03307136	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb	R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

## SESIÓN EDUCATIVA (C0009)

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

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

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

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividad de Materno Perinatal

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

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

DI A	D.N.I.	FIN AN C.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	PERIMET RO CEFALIC O Y ABDOMIN AL	EVALUACIO N ANTROPOM ETRICA HEMOGLOBI NA	EST ABL ECI MIE NT O	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ET NIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
	APP100		San Juan de Miraflores		A	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión educativa	P	<del>D</del>	R	12	C0009
					M				TALLA		C	C	2. Actividades de Materno Perinatal	P	<del>D</del>	R		U0031
		58			D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

Las Actividades Preventivo Promocionales que son grupales se registran SIEMPRE en conjunto, 1º La actividad realizada y 2º La estrategia o etapa de vida que realiza la actividad. Como hay actividades comunes, solo indicando a que estrategia o etapa de vida que realiza la actividad se puede diferenciar.

Los códigos APP indican el lugar donde se realiza la actividad o identifica al grupo poblacional beneficiario de la misma.



**Ministerio de Salud**  
Av. Salaverry 801 Jesús María-Lima  
[www.gob.pe/minsa/](http://www.gob.pe/minsa/)  
Central telefónica.: (01) 315 6600