

Manual del Registro y Codificación para el Manejo Preventivo y Terapéutico de la Anemia por Deficiencia de Hierro

Sistema de Información HIS MINSA



PERÚ

Ministerio de Salud

EL PERÚ PRIMERO

Manual de Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo y terapéutico de la Anemia por deficiencia de Hierro / Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información; Lima: Ministerio de Salud; 2019

ESTADISTICAS DE SALUD / ANEMIA/ SISTEMA DE REGISTRO / DEFICIENCIA DE HIERRO / SALUD MATERNO INFANTIL / TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS / NORMAS TÉCNICAS

“Manual de Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo y terapéutico de la Anemia por deficiencia de Hierro”

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

Equipo de Trabajo:

- Lic. Mercedes Amalia Arévalo Guzmán – Directora Ejecutiva de Promoción de la Salud
- Lic. Gladys María Garro Núñez – Directora Ejecutiva Oficina Gestión de la Información
- Lic. Jorge Antonio Miranda Monzón, Jefe de Equipo de la Oficina de General de Tecnología de la Información.
- Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina de General de Tecnología de la Información.
- Ing. Adhemir Bellido Delgado, Equipo Técnico de la Oficina de General de Tecnología de la Información.
- Ing. Wilson Urviola Zapata, Equipo Técnico de la Oficina de General de Tecnología de la Información.
- Lic. Julie Mariaca Oblitas, Equipo Técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Lic. Maria de los Angeles Tantalean Sanchez, Equipo Técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Lic. Jaqueline Lino Calderon, Equipo Técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Lic. Josefina Pomachahua, Equipo Técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

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

Edición, 2018



Elizabeth Zulema Tomas Gonzales

Ministra de Salud

Claudia Ugarte Taboada

Viceministra de Salud Pública

James Raphael Morales Campos

Secretario General

Jhon Henry García Ruiz

Director General

Dirección General de Tecnologías de la Información

Valentina Antonieta Alarcón Guizado

Directora Ejecutiva

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública



PRESENTACION

El presente documento es un manual del registro de la Anemia y sus tratamientos, aún esta en revisión y esta propuesto para la evaluación de las Diresas



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

Oficina General de Tecnologías
de la Información

*Manual de Registro y Codificación de la Información para el manejo preventivo
y terapéutico de la Anemia por deficiencia de Hierro*

REGISTRO Y CODIFICACION DE LA INFORMACIÓN PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

Sistema de Información HIS

**MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO**

2019

CONTENIDO

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	2
I. REGISTRO HIS - DETECCIÓN - TAMIZAJE DE ANEMIA	3
Registro de Actividades en el HIS.....	3
Detección.....	4
Dosaje de Hemoglobina en Laboratorio	4
Tamizaje con Hemoglobinómetro en los Servicios.....	5
II.MANEJO PREVENTIVO DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES Y PUÉRPERAS	6
Manejo Preventivo de Anemia en Niños	6
Manejo Preventivo en Niños de 36 A 59 Meses.....	9
Manejo Preventivo de Anemia en Mujeres Adolescentes de 12 a 17 años	12
Manejo Preventivo en Gestantes y Puérperas	14
III. MANEJO TERAPEÚTICO DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES Y PUÉRPERAS	15
Manejo Terapéutico de Anemia en Niños	15
Manejo Terapéutico de Anemia en Niños de 6 meses a 11 años.....	20
Manejo Terapéutico de Anemia en Adolescentes de 12 a 17 años	22
Manejo Terapéutico en Gestantes y Puérperas	23
IV. FAMILIA SALUDABLE	24
Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos:	24
V. VISITAS DOMICILIARIAS (VD)	25
Visita Domiciliaria realizada por Personal de Salud	25
VI. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO - CRED	27
Tamizaje y Lectura de Resultado en CRED.....	27
Manejo Preventivo en Niños de 4 meses Nacidos a Término con Peso Normal ..	27
Manejo Preventivo en Niños de 36 a 59 meses	28

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

CONTENIDOS TÉCNICOS

Registro de Información:

Los códigos frecuentemente usados son:

Código	Diagnóstico / Actividad
Detección/Tamizaje:	
85018	Dosaje de Hemoglobina (1,2,3,4,5,6)
	Tipo de Diagnóstico “P” cuando se emite la orden
	Tipo de Diagnóstico “D” cuando se tiene los resultados
Manejo Preventivo de Anemia en Niños, Adolescentes, Gestantes y Puérperas:	
Z298	Administración preventiva de Sulfato Ferroso. En LAB: (SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6)
Z298	Administración preventiva de Hierro Polimaltosado En LAB: (P01, P02, P03, P04, P05, P06)
Z298	Administración preventiva de Micronutrientes. En LAB: (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12)
TA	Término de Administración Preventiva
Diagnóstico:	
D500	Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)
D508	Otras anemias por deficiencia de hierro
D509	Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones.
D649	Anemia de tipo no especificado
	En LAB: (LEV, MOD, SEV, VACÍO ¹)
	Tipo de Diagnóstico “D” cuando es la primera consulta
	Tipo de Diagnóstico “R” para las siguientes consultas del tratamiento
Manejo Terapéutico:	
U310	Administración Terapéutica de Sulfato Ferroso. En LAB: (SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6)
U310	Administración Terapéutica de Hierro Polimaltosado. En LAB: (P01, P02, P03, P04, P05, P06)
TA	Término de Administración Terapéutica
PR	Paciente Recuperado
Atención Nutricional	
99209	Consulta Nutricional/Atención en Nutrición ² (1,2,3, ...)
99403	Consejería Nutricional ³ (1,2,3, ...)
Familia Saludable	
C0010	Sesión Demostrativa. En LAB: (MN, ALI, LME, SBU)
C0009	Sesión Educativa. En LAB: (MN, ALI, LME, SBU)
99401	Consejería Integral
99344	Visita Domiciliaria (Personal de Salud y Actor Social)
Control Crecimiento y Desarrollo - CRED	
Z001	Control de Crecimiento y Desarrollo

¹ Vacío= En los casos de recién nacidos hasta los 6 meses, **no se señala nivel de severidad**

² Lo realiza el profesional Nutricionista

³ Lo realiza el Profesional de Salud capacitado en Consejería Nutricional

I. REGISTRO HIS - DETECCIÓN - TAMIZAJE DE ANEMIA

Registro de Actividades en el HIS

El presente documento, describe a manera de ejemplo la forma de registrar en las hojas HIS los principales procesos que pueden ocurrir durante la atención de los pacientes, que acuden a los servicios de salud, en relación al manejo preventivo y terapéutico de la Anemia.

En el campo **DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD**, se anotará:

En la **primera Fila**, la atención con la que se vincula el manejo preventivo o terapéutico de la Anemia, la que puede realizarse en los servicios de Medicina, Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Atención del Adolescente, Control de la Gestante o en Nutrición.

En el campo **LAB** en el caso de ser la primera atención se colocará “1” y se continuará la numeración según se realicen las actividades programadas.

En las siguientes Filas, se anotan las actividades realizadas como: Dosaje de Hemoglobina (si lo hace en el servicio), Lectura de Resultados⁴, el Manejo Preventivo o Terapéutico según corresponda y las acciones de Monitoreo y Seguimiento en el Establecimiento de Salud y/o en el Hogar.

El **Tipo de Diagnóstico** puede ser **P**= Presuntivo, **D**= Definitivo y **R**= Repetitivo, recordar que solo puede marcar una posibilidad por cada Fila, una vez que se conozca el Diagnóstico en la visita de Lectura de Resultado, marcar **D** y luego en las siguientes consultas marcar **R**.

En el campo **CÓDIGO CIE/CPT** Según el resultado de la hemoglobina, existen dos esquemas de manejo: **PREVENTIVO o TERAPÉUTICO**

- **Z298** para Manejo Preventivo o
- **U310** para Manejo Terapéutico

En el campo **LAB** se registra la **Administración** según corresponda:

- Administración de Hierro Polimaltosado: **P01, P02, P03, P04, P05, P06**
- Administración de Sulfato Ferroso : **SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6**
- Administración de Micronutrientes : **1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12**

El campo **Hb⁵**, se completará cuando se disponga del resultado de Hemoglobina, la información registrada corresponderá **al valor observado, sin ajuste por altitud**.

⁴ Cuando el Dosaje de Hemoglobina se realiza en el Laboratorio.

⁵ Ítem 16 del formato HIS - Evaluación Antropométrica y de Hemoglobina.

Detección

Dosaje de Hemoglobina. - Es la medición de la concentración de hemoglobina o hematocrito que se realiza para **detectar la Anemia**⁶, hacer el **Monitoreo** de los casos y determinar su **Recuperación**.

Momentos en el que se debe de realizar el Dosaje de Hemoglobina según Prevención o Tratamiento

Grupo Etéreo	Prevención	Tratamiento
Recién Nacido	6 meses	A los 3 y 6 meses de iniciado tratamiento
Prematuro y/o con Bajo Peso al Nacer (<6 meses)	12 meses	
	18 meses	
Niños a Término con Adecuado Peso al Nacer (Hasta 11 años de edad)	> 24 meses es 1 vez al año	Al mes, y a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento
Mujeres Adolescentes		Al mes, y a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento
Gestantes y Puérperas	1° Medición: Primer Control Prenatal (inicio de suplementación preventiva) 2° Medición: Sem 25 a 28 de Gestación 3° Medición: Sem 37 a 40 de Gestación 4° Medición: a los 30 días post parto (Fin de la Suplementación)	En Anemia Leve y Moderada: Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance niveles de 11 gr/dl a más

Fuente: En base a la NTS N°134-2017/MINSA/NORMA TECNICA PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUERPERAS – R.M. N°250-2017/MINSA y la NTS N°137-2017/MINSA/NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS – R.M. N°537-2017/MINSA. RM 643-2018-MINSA

Los resultados del Dosaje de Hemoglobina identifican la anemia y definen el inicio del enfoque **Preventivo** o **Terapéutico**, tal como se señala a continuación:

Grupo Etéreo	Diagnóstico	Manejo
< 6 meses	Sin Anemia	Preventivo
	Con Anemia	Terapéutico
6 meses a 5 años, 5 a 11 años, Adolescentes, Gestantes y Puérperas	Sin Anemia	Preventivo
	Anemia Leve	Terapéutico
	Anemia Moderada	Terapéutico
	Anemia Severa	Manejo inmediato como Anemia Moderada y referir a Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive

Fuente: En base a la NTS N°134-2017/MINSA/NORMA TECNICA PARA EL MANEJO PREVENTIVO Y TERAPEUTICO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUERPERAS – R.M. N°250-2017/MINSA

Dosaje de Hemoglobina en Laboratorio

Solicitud de Dosaje con atención en servicio de Nutrición:

- **85018** = Dosaje de Hemoglobina en **Tipo de Diagnóstico** se marcará **“P”** cuando se emita la orden y en **LAB** se colocará el número secuencial de pedido (1,2,3,4,5,6...)

⁶ Conforme a Normatividad vigente



Solicitud del Dosaje de Hemoglobina:

2	AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																				
2018	NOVIEMBRE				C.S. Cristo Salvador		301203 - Enfermería	DNI	99994444	Pedro Torres Perez																			
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22														
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT														
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R														
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)										P	D	R														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Arturo Brandan Muñoz															FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01 / 11 / 2018														
03	78754693	1	La Victoria	6	A	PC	PESO	8	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	1	Z001												
	123456346	58		6	X	F	TALLA	67	X	X	2.	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018												
	2456				D	F	Hb	12	R	R	3.		P	D	R														

Resultado de Dosaje de Hemoglobina:

85018 = Dosaje de Hemoglobina en el casillero **Tipo de Diagnóstico** se marcará **"D"** y en **LAB** se colocará el número secuencial de respuesta (1,2,3,4,5,6...) cuando se disponga del resultado

Resultado del Tamizaje:

Paciente retorna al servicio al día siguiente con los resultados del laboratorio

2	AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																				
2018	NOVIEMBRE				C.S. Cristo Salvador		301203 - Enfermería	DNI	99994444	Pedro Torres Perez																			
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22														
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT														
	HISTORIA CLINICA	10	12										P	D	R														
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)										P	D	R														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Arturo Brandan Muñoz															FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01 / 11 / 2018														
03	78754693	1	La Victoria	6	A	PC	PESO	8	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	1	Z001												
	123456346	58		6	X	F	TALLA	67	X	X	2.	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018												
	2456				D	F	Hb	12	R	R	3.		P	D	R														

Tamizaje con Hemoglobinómetro en los Servicios

El Dosaje de Hemoglobina lo pueden realizar los responsables de la Atención del Niño, Adolescentes, Gestantes, Puérperas o Nutrición; cuando disponen del equipo y han participado de la capacitación respectiva⁷, esta estrategia permite tener el resultado inmediatamente.

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

- En la Fila 1°: Atención en Nutrición
- En la Fila 2°: Dosaje de Hemoglobina

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En la 1 ° Fila: marque **"D"**
- En la 2 ° Fila: marque **"D"** (indica que se tiene el resultado el mismo día)

En el ítem LAB:

- En la 1 ° Fila: Número de Control "1"
- En la 2 ° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina

Código CIE/CPT:

- En la 1 ° Fila 99209
- En la 2 ° Fila 85018

⁷ Conforme normativa vigente.



Ejemplo: Dosaje de Hemoglobina en el servicio de Nutrición

2	AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
7	2018	NOVIEMBRE							
8	D.N.I.	9	FINANC.	10	DISTRITO DE PROCEDENCIA	11	EDAD	12	SEXO
13	HISTORIA CLÍNICA	14	10	12	13	14	15	16	17
18	FICHA FAMILIAR	19	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	20	21	22	23	24
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Arturo Brandon Muñoz									
FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: 01 / 11 / 2018									
25	78754693	26	1	Lince	27	28	29	30	31
32	123456346	33	58		34	35	36	37	38
39	2456	40			41	42	43	44	45
46		47			48	49	50	51	52
53		54			55	56	57	58	59
60		61			62	63	64	65	66
67		68			69	70	71	72	73
74		75			76	77	78	79	80
81		82			83	84	85	86	87
88		89			90	91	92	93	94
95		96			97	98	99	100	101
102		103			104	105	106	107	108
109		110			111	112	113	114	115
116		117			118	119	120	121	122
123		124			125	126	127	128	129
130		131			132	133	134	135	136
137		138			139	140	141	142	143
144		145			146	147	148	149	150
151		152			153	154	155	156	157
158		159			160	161	162	163	164
165		166			167	168	169	170	171
172		173			174	175	176	177	178
179		180			181	182	183	184	185
186		187			188	189	190	191	192
193		194			195	196	197	198	199
200		201			202	203	204	205	206
207		208			209	210	211	212	213
214		215			216	217	218	219	220
221		222			223	224	225	226	227
228		229			230	231	232	233	234
235		236			237	238	239	240	241
242		243			244	245	246	247	248
249		250			251	252	253	254	255
256		257			258	259	260	261	262
263		264			265	266	267	268	269
270		271			272	273	274	275	276
277		278			279	280	281	282	283
284		285			286	287	288	289	290
291		292			293	294	295	296	297
298		299			300	301	302	303	304
305		306			307	308	309	310	311
312		313			314	315	316	317	318
319		320			321	322	323	324	325
326		327			328	329	330	331	332
333		334			335	336	337	338	339
340		341			342	343	344	345	346
347		348			349	350	351	352	353
354		355			356	357	358	359	360
361		362			363	364	365	366	367
368		369			370	371	372	373	374
375		376			377	378	379	380	381
382		383			384	385	386	387	388
389		390			391	392	393	394	395
396		397			398	399	400	401	402
403		404			405	406	407	408	409
410		411			412	413	414	415	416
417		418			419	420	421	422	423
424		425			426	427	428	429	430
431		432			433	434	435	436	437
438		439			440	441	442	443	444
445		446			447	448	449	450	451
452		453			454	455	456	457	458
459		460			461	462	463	464	465
466		467			468	469	470	471	472
473		474			475	476	477	478	479
480		481			482	483	484	485	486
487		488			489	490	491	492	493
494		495			496	497	498	499	500
501		502			503	504	505	506	507
508		509			510	511	512	513	514
515		516			517	518	519	520	521
522		523			524	525	526	527	528
529		530			531	532	533	534	535
536		537			538	539	540	541	542
543		544			545	546	547	548	549
550		551			552	553	554	555	556
557		558			559	560	561	562	563
564		565			566	567	568	569	570
571		572			573	574	575	576	577
578		579			580	581	582	583	584
585		586			587	588	589	590	591
592		593			594	595	596	597	598
599		600			601	602	603	604	605
606		607			608	609	610	611	612
613		614			615	616	617	618	619
620		621			622	623	624	625	626
627		628			629	630	631	632	633
634		635			636	637	638	639	640
641		642			643	644	645	646	647
648		649			650	651	652	653	654
655		656			657	658	659	660	661
662		663			664	665	666	667	668
669		670			671	672	673	674	675
676		677			678	679	680	681	682
683		684			685	686	687	688	689
690		691			692	693	694	695	696
697		698			699	700	701	702	703
704		705			706	707	708	709	710
711		712			713	714	715	716	717
718		719			720	721	722	723	724
725		726			727	728	729	730	731
732		733			734	735	736	737	738
739		740			741	742	743	744	745
746		747			748	749	750	751	752
753		754			755	756	757	758	759
760		761			762	763	764	765	766
767		768			769	770	771	772	773
774		775			776	777	778	779	780
781		782			783	784	785	786	787
788		789			790	791	792	793	794
795		796			797	798	799	800	801
802		803			804	805	806	807	808
809		810			811	812	813	814	815
816		817			818	819	820	821	822
823		824			825	826	827	828	829
830		831			832	833	834	835	836
837		838			839	840	841	842	843
844		845			846	847	848	849	850
851		852			853	854	855	856	857
858		859			860	861	862	863	864
865		866			867	868	869	870	871
872		873			874	875	876	877	878
879		880			881	882	883	884	885
886		887			888	889	890	891	892
893		894			895	896	897	898	899
900		901			902	903	904	905	906
907		908			909	910	911	912	913
914		915			916	917	918	919	920
921		922			923	924	925	926	927
928		929			930	931	932	933	934
935		936			937	938	939	940	941
942		943			944	945	946	947	948
949		950			951	952	953	954	955
956		957			958	959	960	961	962
963		964			965	966	967	968	969
970		971			972	973	974	975	976
977		978			979	980	981	982	983
984		985			986	987	988	989	990
991		992			993	994	995	996	997
998		999			1000	1001	1002	1003	1004
1005		1006			1007	1008	1009	1010	1011
1012		1013			1014	1015	1016	1017	1018
1019		1020			1021	1022	1023	1024	1025
1026		1027			1028	1029	1030	1031	1032
1033		1034			1035	1036	1037	1038	1039
1040		1041			1042	1043	1044	1045	1046
1047		1048			1049	1050	1051	1052	1053
1054		1055			1056	1057	1058	1059	1060
1061		1062			1063	1064	1065	1066	1067
1068		1069			1070	1071	1072	1073	1074
1075		1076			1077	1078	1079	1080	1081
1082		1083			1084	1085	1086	1087	1088
1089		1090			1091	1092	1093	1094	1095
1096		1097			1098	1099	1100	1101	1102
1103		1104			1105	1106	1107	1108	1109
1110		1111			1112	1113	1114	11	

Esquema de Manejo Preventivo de Recién Nacido a Término con Peso Normal

EDAD EN MESES	2	3	4	5	6 (*)	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
NACIDO A TÉRMINO CON PESO NORMAL AL NACER			GOTAS		MICRONUTRIENTES												
			2mg/kg/día		1 sobre diario												
Sulfato Ferroso			1° Fco	2° Fco													
Hierro Polimaltosado			1° Fco														
Micronutrientes					1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	
					Caja												

En niños Recién Nacidos Prematuros o Bajo Peso al Nacer

(A partir de los 30 días de nacido)

- Z298 Administración de Sulfato Ferroso (SF1, SF2, SF3, SF4, SF5) o
- Z298 Administración de Hierro Polimaltosado (P01, P02, P03, P04, P05)
- TA Al final del periodo de suplementación se coloca **TA** (Término de Administración gotas de hierro antes del Inicio de los MN)

Luego:

- Z298 Administración de Micronutrientes MN (1, 2, 3, 4, 5,12)
- TA Al final del periodo se coloca **TA** (Término de Administración de MN)

Ejemplo: Niño Prematuro con Bajo Peso al Nacer:

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

- En la 1° Fila: Recién Nacido Prematuro.
- En la 2° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado.
- En la 3° Fila: Consejería Nutricional.

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Se coloca el número de control según corresponda "1,2,3, ..."
- En la 2° Fila: Tipo de Suplementación y Número de Control "P01" ó "SF1"
- En la 3° Fila: Se coloca el número de consejería según corresponda "1,2,3, ..."

Código CIE/CPT:

Registre los códigos asociados a cada Diagnóstico/procedimiento

- En la 1° Fila: P0712 Recién Nacido Prematuro
- En la 2° Fila: Z298 Administración de Suplementación
- En la 3° Fila: 99403 Consejería Nutricional

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT								
	HISTORIA CLÍNICA	10	12			CEFALICO Y ABDOMINAL	ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	BLEC	SERVICIO		P	D	R										
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO(*)																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				Dieguito Armendariz Soto				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb:				28/03/2018				(*)FECHA DE NACIMIENTO:				30/01/2018			
31/03	78754693	1	Comas	2	A	M	PC	PESO	3.6	N	X	1. Recién Nacido Prematuro				P	X	R	1	P0712			
	123456789				M	F	Pab	TALLA	52	X	C	2. Administración de Hierro Polimaltosa				P	X	R	P01	Z298			
	2456				D			Hb	14	R	R	3. Consejería Nutricional				P	X	R	1	99403			

En niños Nacidos a Término con Buen Peso al Nacer (a partir de los 4 meses)

- Z298 Administración de Sulfato Ferroso (SF1, SF2)
- Z298 Administración de Hierro Polimaltosado (P01, P02)



- TA Al final del periodo se coloca **TA** (Término de Administración gotas de hierro antes del Inicio de los MN)
- Z298 Administración de Micronutrientes MN (1, 2, 3, 4, 5,12)
- TA Al final del periodo de suplementación se coloca **TA** (Término de Administración)

Ejemplo Niño Nacido a Término con Adecuado Peso al Nacer:

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

- En la 1° Fila: Atención realizada al niño (Atención en Medicina, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Nutrición, entre otras)
- En la 2° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 3° Fila: Consejería Nutricional

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control "1,2,3, ..."
- En la 2° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega "P01" ó "SF1"
- En la 3° Fila: Consejería Nutricional "1"

En el ítem Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en el servicio, Ej.: Nutrición
- En la 2° Fila: Z298 Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 3° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Ejemplos de suplementación con hierro en gotas.

Inicio de Suplementación con Hierro Polimaltosado

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	LAB.	CODIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Arturito Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <i>/ /</i> (*)FECHA DE NACIMIENTO: <i>1/01/2018</i>													
31/04	78754693	1	Comas	4	M	PC	Peso	N	N	1. <i>Control de Crecimiento y Desarrollo</i>	P	X	R
	123456789				M	F	Talla	X	X	2. <i>Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico</i>	P	X	R
	2456				D	Pab	Hb	R	R	3. <i>Consejeria Nutricional</i>	P	D	R

Termino de suplementación con Hierro Polimaltosado

Formato de TA por Término de la Suplementación de Hierro Polimaltosado e Inicio con Micronutrientes y Dosaje de Hemoglobina a los 6 meses

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	LAB.	CODIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Arturito Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <i>/ /</i> (*)FECHA DE NACIMIENTO: <i>1/01/2018</i>													
30/06	78754693	1	<i>Comas</i>	6	M	PC	PESO	N	N	1. <i>Control de Crecimiento y Desarrollo</i>	P	X	R
	123456789				M	F	TALLA	X	X	2. <i>Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico</i>	P	X	R
	2456				D	Pab	Hb	11	R	3. <i>Dosaje de Hemoglobina</i>	P	X	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <i>Arturito Garcia Quispe</i> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: <i>/ /</i> (*)FECHA DE NACIMIENTO: <i>1/01/2018</i>													
					M	PC	PESO	N	N	1. <i>Administración de Micronutrientes</i>	P	X	R
					M	F	TALLA	X	X	2. <i>Consejeria Nutricional</i>	P	D	R
					D	Pab	Hb		R	3.	P	D	R



Inicio de suplementación con Micronutrientes

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2018		Junio		C.S. Cristo Salvador		301203 - Enfermería		99998888 Pedro Torres Perez						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	LAB.	CODIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rosmery Garcia Mendoza														
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/06/2018 (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/01/2018														
30/06	78754693	1	Comas	6	M	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	
	123456789				M	Pab	TALLA	X	X	2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico	P	X	R	
	2456				D		Hb	11	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:														
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Administración de Micronutrientes	P	X	R
					M		TALLA	X	X	2. Consejería Nutricional	P	D	R	
					D	F	Pab	Hb	R	3.	P	D	R	

Término de Suplementación con MN y Dosaje de Hemoglobina

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2019		Agosto		C.S. Cristo Salvador		301203 - Enfermería		99153288 Maria de Paz Pineda						
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	LAB.	CODIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rosmery Garcia Mendoza														
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/07/2019 (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/01/2018														
30/08	78754693	1	Comas	1	X	M	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R
	123456789				M		Pab	TALLA	X	X	2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico	P	X	R
	2456				D			Hb	12	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:														
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R
					M		TALLA	X	X	2.	P	D	R	
					D	F	Pab	Hb	R	3.	P	D	R	

Si los Servicios de Salud identifican niños entre 6 y 36 meses que no hayan recibido suplementación o tratamiento podrán iniciarlo en cualquier momento antes de los 36 meses según esquema anterior.

Manejo Preventivo en Niños de 36 A 59 Meses

Los niños de 36 a 59 meses que no presentan anemia deben de recibir un esquema de suplementación preventiva con Micronutrientes y Hierro, conforme al siguiente cuadro:

CONDICION DEL NIÑO	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS (Vía Oral)	PRODUCTO A UTILIZAR	DURACION
Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	De 36 meses a 59 meses.	1 sobre	Micronutrientes en polvo: Sobre de 1 gramo que contienen 12,5 mg de hierro elemental	6 meses hasta que complete el consumo de 90 sobres (1 sobre interdiario) Interdiario (3 veces por semana)
		2.8 ml	Jarabe de Sulfato Ferroso (1 ml=3 mg de Hierro elemental)	3 meses si y 3 meses no de forma que la administración se reinicie cada 6 meses Interdiario (3 veces por semana)
		2.5 ml	Jarabe de Hierro Polimaltosado (1ml=10 mg de Hierro elemental)	3 meses si y 3 meses no de forma que la administración se reinicie cada 6 meses 1 vez por semana

Cuando la suplementación se realiza con Micronutrientes:

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:



- En la 1° Fila: Atención en Medicina, Nutrición o Control de Crecimiento y Desarrollo
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Micronutrientes
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo “D”

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina “1”
- En la 3° Fila: Número de entrega de Micronutrientes (1, 2, ..., 6)
- En la 4° Fila: Número de Consejería Nutricional “1”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en el servicio, Ej: Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Micronutrientes
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Ejemplo:

Primera Atención:

DÍA	D.N.I.	FINANC. HISTORIO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		1°	2°								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
5	46284683	1	Lince	3	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	14	N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99209
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	94	<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	85018
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	11	R	R	3. Administración de Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

Última Atención:

DÍA	D.N.I.	FINANC. HISTORIO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		1°	2°								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
6	46284683	1	Lince	3	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	15	N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	99209
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	98	<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	85018
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	12	R	R	3. Administración de Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	99403
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	



Cuando la suplementación se realiza con Hierro Polimaltosado:

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en Medicina, Control de Crecimiento y Desarrollo o Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina "1"
- En la 3° Fila: Número de entrega de Hierro Polimaltosado
- En la 4° Fila: Número de Consejería Nutricional "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en el servicio, Ej: Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Primera Atención:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	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: ____/____/____																	
5	46284683	1	Lince	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99209
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA	94	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	85018	
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb	11	R	R	3. Administración de Hierro Polimaltosado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P01	Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

Ultima Atención:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	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: ____/____/____																	
6	46284683	1	Lince	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	99209
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA	98	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	85018	
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb	12	R	R	3. Administración de Hierro Polimaltosado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	99403
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

Cuando la suplementación se realiza con Sulfato Ferroso:

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en Medicina, Control de Crecimiento y Desarrollo o Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional



Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo “D”.

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina “1”
- En la 3° Fila: Número de entrega de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: Número de Consejería Nutricional “1”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en el servicio, Ej: Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Primera Atención:

DIA	D.N.I.	FINANC.	ISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC-	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	1	2								P	D	R					
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
5	46284683	1	Lince	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99209	
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA	94	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	85018	
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	11	R	R	3. Administración de Sulfato Ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1	Z298
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
					A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403	
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA	C	C	2.	P	D	R			
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

Última Atención:

DIA	D.N.I.	FINANC.	ISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	1	2								DIAGNÓSTICO	P	D			R	
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
6	46284683	1	Lince	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	15	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99209
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA	98	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	85018
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	12	R	R	3. Administración de Sulfato Ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	99403
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA	C	C	2.	P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

Manejo Preventivo de Anemia en Mujeres Adolescentes de 12 a 17 años

- El manejo preventivo de la anemia en adolescentes mujeres de 12 a 17 años consiste en la administración de 1 tableta de 60 mg de hierro elemental más 400 mg de Ácido Fólico, 2 veces por semana, durante un periodo de 3 meses continuos por año entre los 12 y 17 años.

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Examen del Estado del Desarrollo del adolescente/Medicina/Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo “D”.

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control “1”
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina “1”



- En la 3° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega (SF1, SF2, SF3)
- En la 4° Fila: Número de Consejería "1"

Código CIE/CPT:

Registre los códigos asociados a cada Diagnóstico/procedimiento.

- En la 1° Fila: Z003 Examen del Estado del Desarrollo del Adolescente
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Ejemplo:

Secuencia Suplementación Adolescentes:

Codificación de Inicio a Término

Cuando no tiene Anemia y llega al Establecimiento de Salud (escenario ideal): Se debe evaluar la posibilidad que el adolescente asista al Establecimiento de Salud mes a mes durante 4 meses

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
			10	12								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
5	89526224		Ate	16	M	PC	PESO				1. Examen del Estado del desarrollo del Adolescente	P	X	R	1	Z003
							TALLA				2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018
							Hb	12	R	R	3. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF1	Z298
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
				16	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403
							TALLA				2.	P	D	R		
							Hb		R	R	3.	P	D	R		
Al segundo mes																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
5	89526224	Ate	16	M	PC	PESO		N	N	1. Examen del Estado del desarrollo del Adolescente	P	X	R	2	Z003	
						TALLA				2. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF2	Z298	
						Hb		R	R	3. Consejería Nutricional	P	X	R	2	99403	
Al tercer mes																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
5	89526224	Ate	16	M	PC	PESO		N	N	1. Examen del Estado del desarrollo del Adolescente	P	X	R	3	Z003	
						TALLA				2. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF3	Z298	
						Hb		R	R	3. Consejería Nutricional	P	X	R	3	99403	
Al cuarto mes																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
5	89526224	Ate	16	M	PC	PESO		N	N	1. Examen del Estado del desarrollo del Adolescente	P	X	R	4	Z003	
						TALLA				2. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	TA	Z298	
						Hb		R	R	3. Consejería Nutricional	P	X	R	4	99403	

Codificación cuando se le entrega la suplementación para los 3 meses

Primera atención, se le entrega las 24 tabletas y se le solicita que retome al finalizar su consumo (se puede solicitar que traiga los blísters vacíos)

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
			10	12								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
5	89526224	Ate	16	M	PC	PESO					1. Examen del Estado del desarrollo del Adolescente	P	X	R	1	Z003
						TALLA				2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018	
						Hb	12	R	R	3. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF1	Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
				16	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403
							TALLA				2.	P	D	R		
							Hb		R	R	3.	P	D	R		



Ultima atención al cuarto mes, se verifica que los blíster no tengan pastillas y se le cita en 12 meses.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	1°	2°	P								D	R				
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
5	89526224		Ate		16	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	2	Z003
				<input checked="" type="checkbox"/> M		Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Administración de Sulfato Ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	TA	Z298	
				<input checked="" type="checkbox"/> D			Hb		R	R	3. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	2	99401	

Manejo Preventivo en Gestantes y Puérperas

El manejo preventivo de la anemia, se realizará en gestantes o puérperas que no tienen diagnóstico de anemia el que debe de iniciarse a partir de la semana 14 de gestación; si el primer control prenatal es posterior a la semana 14, debe iniciarse la suplementación en ese momento durante todo el periodo de gestación.

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Control Prenatal/Atención en Medicina/Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control "3" o el que corresponda
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina "1"
- En la 3° Fila: Tipo y número de entrega "SF1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z3492 Atención Prenatal (Gestante Normal 2° Trimestre)
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Primer Mes de Suplementación Gestante 14 semanas

Primer mes de suplementación (semana 14-17) – 1° Dosaje de Hemoglobina

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	1°	2°	P								D	R				
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
3	46284620	2	Lince	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Atención Prenatal 14 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z3492
		80	<input checked="" type="checkbox"/>		Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	85018		
					D	Hb	12.3	R	R	3. Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z298		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403
			<input checked="" type="checkbox"/>		Pab	TALLA		C	C	2.	P	D	R				
			D		F	Hb		R	R	3.	P	D	R				



Ultima Atención Puerperio

Ultima atención, se verifica el consumo de las tabletas y se cierra la suplementación preventiva – 4º Dosaje de Hemoglobina

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICO	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: / /																	
31				26	M	M	PC	PESO	N	N	1.	Control de Puerperio	P	X	R	2	59430
								TALLA	X	X	2.	Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico	P	X	R	TA	Z298
								Hb	12	R	R	3.	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	4
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
					A	M	PC	PESO	N	N	1.	Consejería Nutricional	P	X	R	8	99403
								TALLA	C	C	2.		P	D	R		
								Hb	R	R	3.		P	D	R		

III. MANEJO TERAPEÚTICO DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES Y PUÉRPERAS

Manejo Terapéutico de Anemia en Niños

- El **Tratamiento de la Anemia**, se realiza previo diagnóstico a través del Dosaje de Hemoglobina, en el consultorio de Atención Integral del Niño o en Nutrición.
- La **duración del Tratamiento de Anemia** de los niños hasta los 11 años de edad, **es de 6 meses continuos**.
- La **entrega del tratamiento de hierro** será realizada por personal médico o de salud capacitado que realiza la atención integral del niño.
- **Todo el personal de salud es responsable de realizar el monitoreo del tratamiento** de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. El objetivo es asegurar la adherencia al mismo y ofrecerles una buena consejería a través de la visita domiciliaria.
- La **detección y atención del niño con anemia** se da en los siguientes espacios/escenarios:
 - Atención en Medicina.
 - Control de Crecimiento y Desarrollo (incluye el Dosaje de Hemoglobina).
 - Atención en Nutrición (incluye el Dosaje de Hemoglobina).
- **Durante el Tratamiento de Anemia**, el niño recurre 7 veces al servicio o consultorio del profesional que realizará el tratamiento de anemia, 6 veces corresponden al tratamiento y la séptima para determinar el alta del paciente⁸.
- **Todos los niños, tratados con hierro deben de recibir, Consejería Nutricional** para reforzar la importancia de la suplementación y asegurar la adherencia, advertirles de los posibles efectos colaterales y la forma de evitarlos.

⁸ Comprende la confirmación del cumplimiento del tratamiento establecido y que los niveles de hemoglobina estén dentro de los rangos de normalidad.

Tabla de Puntos de corte de anemia según tipo de población

**Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en
Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Púerperas (hasta 1,000 msnm)**

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida	≤ 13.0			>13.0
2ª a 4ta semana de vida	≤ 10.0			>10.0
5ª a 8va semana de vida	≤ 8.0			>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses	< 13.5			13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos	< 9.5			9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Púerperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Púérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, 2011 ⁽⁹⁾
Fuente: OMS. 2001. El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, trauma y quemaduras. Ginebra ⁽¹⁰⁾
(*) En el segundo trimestre del embarazo, entre la semana 13 y 28, el diagnóstico de anemia es cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 10.5 g/dl

Para el manejo **TERAPÉUTICO**, en el campo **Código CIE/CPT**: la Administración de Sulfato Ferroso o Hierro Polimaltosado se registra de la siguiente manera:

D509 Anemia por deficiencia de hierro, sin especificación (LEV, MOD, SEV, **VACÍO**⁹) corresponde al código que define la existencia de ANEMIA y **determina el grado**, utilizándose el código U310 que corresponde a la Administración de Tratamiento de la Anemia por deficiencia de hierro.

- D509 Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- U310 Administración de Sulfato Ferroso (SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6)
- U310 Administración de Hierro Polimaltosado (P01, P02, P03, P04, P05, P06)

Al final del periodo de tratamiento se colocará **TA** (Término de la Administración) y la condición **PR** (Paciente Recuperado) si corresponde.

- TA Concluye Tratamiento
- PR Paciente Recuperado

El campo Hb¹⁰, se completa cuando se realiza el Dosaje de Hemoglobina o la Lectura del Resultado.

La información registrada corresponde al valor observado.

Tratamiento de Anemia en niños con Bajo Peso al Nacer o Prematuros

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Recién Nacido Prematuro
- En la 2° Fila: Dosaje de/ Hemoglobina
- En la 3° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin Especificación
- En la 4° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 5° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

⁹ Vacío=en el caso de recién nacido, que los puntos de corte no señalan nivel de severidad.

¹⁰ Ítem 16 del formato HIS - Evaluación Antropométrica y de Hemoglobina.

**PERÚ****Ministerio
de Salud**Oficina General de Tecnologías
de la Información**Ítem LAB:**

- En la 1° Fila: Número de Control “1”
- En la 2° Fila: Número de Control “1”
- En la 3° Fila: “ ”(Vacío)
- En la 4° Fila: Tipo y número de entrega “P01”
- En la 5° Fila: Número de Control “1”

Código CIE/CPT:

Registre los códigos asociados a cada Diagnóstico o procedimiento

- En la 1° Fila: P0712 Recién Nacido Prematuro
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 4° Fila: U310 Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 5° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Inicio del Tratamiento

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	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: ____/____/____																
1	78754693	1	Comas	1	A	M	PC	PESO	2.4	N	1. Recién Nacido Prematuro	P	X	R	1	P0712
					M	F	Pab	TALLA	45	C	2. Dosaje de hemoglobina	P	X	R	1	85018
					D	F	Pab	Hb	7.5	R	3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	X	R		D509
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO		N	1. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P01	U310
					M	F	Pab	TALLA		C	2. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403
					D	F	Pab	Hb		R	3.	P	D	R		

Dosaje de hemoglobina al mes de tratamiento

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	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: ____/____/____																
1	78754693	1	Comas	2	A	M	PC	PESO		N	1. Recién Nacido Prematuro	P	D	X	2	P0712
					M	F	Pab	TALLA		C	2. Dosaje de hemoglobina	P	X	R	2	85018
					D	F	Pab	Hb	8	R	3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	D	X		D509
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO		N	1. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P02	U310
					M	F	Pab	TALLA		C	2. Consejería Nutricional	P	X	R	2	99403
					D	F	Pab	Hb		R	3.	P	D	R		

Dosaje de hemoglobina a los 3 meses, continúa con tratamiento

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	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: ____/____/____																
1	78754693	1	Comas	3	A	M	PC	PESO		N	1. Recién Nacido Prematuro	P	D	X	3	P0712
					M	F	Pab	TALLA		C	2. Dosaje de hemoglobina	P	X	R	3	85018
					D	F	Pab	Hb	8	R	3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	D	X		D509
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
					A	M	PC	PESO		N	1. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P03	U310
					M	F	Pab	TALLA		C	2. Consejería Nutricional	P	X	R	3	99403
					D	F	Pab	Hb		R	3.	P	D	R		

Término de Tratamiento de Hierro Polimaltosado, Dosaje de Hemoglobina, Paciente Recuperado e inicio de Suplementación con Micronutrientes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTAB- LLEC	SER- VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
		AD	12			CENTRO POBLADO (*)	CEFALICO Y ABDOMINAL				ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	P	D			R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / /																		
1	78754693	1	Comas	6	A	M	PC	PESO		N	N	1.	Recién Nacido Prematuro	P	D	X	6	P0712
					M			TALLA		X	X	2.	Dosaje de hemoglobina	P	X	R	4	85018
					D	F	Pab	Hb	11	R	R	3.	Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	X	R	PR	D509
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / /																		
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	TA	U310
					M			TALLA		C	C	2.	Administración de Micronutrientes	P	X	R	1	Z298
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	D	R	6	99403

Término de suplementación con micronutrientes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTABLEC	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y ABDOMINAL	ANTROPOMETRICA AL HEMOGLOBINA	SERVICIO	P		D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
1	78754693	1	Comas	12	A	M	PC	PESO	N	N	1. Recién Nacido Prematuro	P	D	X	12	P0712	
					M			TALLA		X	X	2. Dosaje de hemoglobina	P	X	R	5	85018
					D	F	Pab		Hb	12	R	R	3. Administración de Micronutrientes	P	X	R	TA
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	12	99403	
					M			TALLA	C	C	2.	P	D	R			
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			

Tratamiento de anemia en niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer.

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en medicina/Control de CRED/Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- En la 4° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 5° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control "1"
- En la 2° Fila: Número de Control "1"
- En la 3° Fila: " "(Vacío)
- En la 4° Fila: Tipo y número de entrega "P01"
- En la 5° Fila: Número de Control "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 4° Fila: U310 Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 5° Fila: 99403 Consejería Nutricional



Inicio de Tratamiento

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
5	46288629	1	Carabayllo	4	A	M	PC	PESO	6	N	N	1.	Atención en Nutrición	P	X	R	1	99209
					M	F	Pab	TALLA	60	X	X	2.	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018
					D	Hb	9	R	R	3.	Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	X	R		D509		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P01	U310
					M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403
					D	Hb		R	R	3.		P	D	R				

Dosaje de hemoglobina al mes de tratamiento

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
5	46288629	1	Carabayllo	5	A	M	PC	PESO		N	N	1.	Atención en Nutrición	P	X	R	2	99209
					M	F	Pab	TALLA		X	X	2.	Dosaje de hemoglobina	P	X	R	2	85018
					D	Hb	9	R	R	3.	Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	D	X		D509		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P02	U310
					M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	Consejería Nutricional	P	X	R	2	99403
					D	Hb		R	R	3.		P	D	R				

Dosaje de hemoglobina a los 3 meses, continúa con tratamiento

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
5	46288629	1	Carabayllo	6	A	M	PC	PESO		N	N	1.	Atención en Nutrición	P	X	R	3	99209
					M	F	Pab	TALLA		X	X	2.	Dosaje de hemoglobina	P	X	R	3	85018
					D	Hb	9	R	R	3.	Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	D	X	MOD	D509		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P03	U310
					M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	Consejería Nutricional	P	X	R	3	99403
					D	Hb		R	R	3.		P	D	R				

Término de Tratamiento de Hierro Polimaltosado, Dosaje de Hemoglobina, Paciente Recuperado e inicio de Suplementación con Micronutrientes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
5	46288629	1	Carabayllo	9	A	M	PC	PESO		N	N	1.	Atención en Nutrición	P	X	R	6	99209
					M	F	Pab	TALLA		X	X	2.	Dosaje de hemoglobina	P	X	R	4	85018
					D	Hb	11.5	R	R	3.	Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	X	R	PR	D509		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
					A	M	PC	PESO		N	N	1.	Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	TA	U310
					M	F	Pab	TALLA		C	C	2.	Administración de Micronutrientes	P	X	R	1	Z298
					D	Hb		R	R	3.	Consejería Nutricional	P	X	R	6	99403		



Término de suplementación con Micronutrientes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTAD.	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: ____/____/____																	
5	46288629	1	Carabayillo	12	M	PC	PESO	TALLA	N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	18	P0712	
											2. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	85018	
											3. Administración de Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					A	M	PC	PESO	TALLA	N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	18	99403
												2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
												3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

Manejo Terapéutico de Anemia en Niños de 6 meses a 11 años

- El tratamiento con hierro en los niños, que tienen entre 6 meses y 11 años, y han sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3mg/kg/día.
- Se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos.
- Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

Tratamiento con hierro para niños de 6 meses a 11 años con anemia leve o moderada

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS ⁴ (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niños de 6 a 35 meses de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 70 mg/día (2)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 3 a 5 años de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 90 mg/día (3)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 5 a 11 años	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 120 mg/día (4)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 1 tableta de Sulfato ferroso o 1 tableta de Polimaltosado		

(2): Dosis Máxima: 5 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 1.5 cucharadita de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día

(3): Dosis Máxima: 6 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día

(4): Dosis Máxima: 8 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2.5 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 2 Tabletas de Sulfato Ferroso o 1.5 tableta de Polimaltosado por día

Ejemplo

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en medicina/Control de CRED/Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin especificación
- En la 4° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 5° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"



Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control “1”
- En la 2° Fila: Número de Control “1”
- En la 3° Fila: Grado de Severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 4° Fila: Tipo y número de entrega “P01”
- En la 5° Fila: Número de Control “1”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 4° Fila: U310 Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 5° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Inicio del Tratamiento

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P D R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
7	46282305	1	Surquillo	4	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	99209
					M	Pab	TALLA	X	X	2. Dosaje de hemoglobina	P	X	85018
					D	F	Hb	9	R	3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	X	D509
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
					A	PC	PESO	N	N	1. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	P01
					M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería Nutricional	P	X	99403
					D	F	Hb		R	3.	P	D	

Dosaje de hemoglobina al mes de tratamiento

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P D R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
7	46282305	1	Surquillo	4	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	99209
					M	Pab	TALLA	X	X	2. Dosaje de hemoglobina	P	X	85018
					D	F	Hb	9.5	R	3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	D	D509
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
					A	PC	PESO	N	N	1. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	P02
					M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería Nutricional	P	X	99403
					D	F	Hb		R	3.	P	D	

Dosaje de hemoglobina a los 3 meses, continúa con tratamiento

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P D R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
7	46282305	1	Surquillo	4	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	99209
					M	Pab	TALLA	X	X	2. Dosaje de hemoglobina	P	X	85018
					D	F	Hb	10	R	3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	D	D509
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
					A	PC	PESO	N	N	1. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	P03
					M	Pab	TALLA	C	C	2. Consejería Nutricional	P	X	99403
					D	F	Hb		R	3.	P	D	



Término de Tratamiento de Hierro Polimaltosado, Dosaje de Hemoglobina, Paciente Recuperado

DIA	D.N.I.	FINANC.	ISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO O CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICO	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: ____/____/____																	
7	46282305	1	Surquillo	4	M	PC	PESO	N	N	1.	Atención en Nutrición	P	X	R	6	99209	
							TALLA	C	C	2.	Dosaje de hemoglobina	P	X	R	4	85018	
							Hb	12	R	R	3.	Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	X	R	PR	D509
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					A	M	PC	PESO	N	N	1.	Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	TA	U310
								TALLA	C	C	2.	Consejería Nutricional	P	X	R	6	99403
								Hb		R	R	3.		P	D	R	

Manejo Terapéutico de Anemia en Adolescentes de 12 a 17 años

El tratamiento de la anemia en adolescentes varones y mujeres de 12 a 17 años con diagnóstico de anemia comprende la administración de 2 tabletas de 60 mg de hierro elemental, durante 6 meses continuos.

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en Medicina o Nutrición
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 4° Fila: Administración de Sulfato Ferroso
- En la 5° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control "1"
- En la 2° Fila: Número de Control "1"
- En la 3° Fila: Grado de Severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 4° Fila: Tipo de suplementación y número de entrega "SF1"
- En la 5° Fila: Número de Consejería "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: 99209 Atención en Medicina o Nutrición
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: D509 Anemia por Deficiencia de Hierro Sin Especificación
- En la 4° Fila: U310 Administración de Sulfato Ferroso
- En la 5° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Primera Atención:

DIA	D.N.I.	FINANC.	ISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO O CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICO	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: ____/____/____																	
5	89526224		Ocoña	16	M	PC	PESO	N	N	1.	Atención en Nutrición	P	X	R	1	99209	
							TALLA	C	C	2.	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018	
							Hb	10	R	R	3.	Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	X	R	MOD	D509
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					A	M	PC	PESO	N	N	1.	Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	SF1	U310
								TALLA	C	C	2.	Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403
								Hb		R	R	3.		P	D	R	



Ultima atención: Alta del paciente, concluye manejo terapéutico

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTADÍSTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
			1	2								P	D	R				
HISTORIA CLÍNICA			ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
5	89526224			Ocoña	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Atención en Nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	99209
						<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	85018
						<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	12	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PR	D509
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
						<input checked="" type="checkbox"/>	A	PC	PESO		N	N	1. Administración de Sulfato Ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	U310
						<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	99403
						<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

Manejo Terapéutico en Gestantes y Puérperas

Si en alguno de los dosajes de hemoglobina durante el periodo de gestación, se detecta anemia, se debe iniciar el manejo terapéutico.

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Control Prenatal, Atención en Medicina o Nutrición
- En la 2° Fila: Dentro de lo recomendado según semana Gestacional
- En la 3° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 4° Fila: Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 5° Fila: Administración de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico
- En la 6° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control "3"
- En la 2° Fila: Número de Control
- En la 3° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina "1"
- En la 4° Fila: Grado de Severidad (LEV, MOD, SEV)
- En la 5° Fila: Tipo de Suplementación y número de entrega "SF1"
- En la 6° Fila: Número de Consejería "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z3492 Atención Prenatal 14 semanas
- En la 2° Fila: Z006 Dentro de lo recomendado según semana Gestacional
- En la 3° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 4° Fila: D509 Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 5° Fila: U310 Administración de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico
- En la 6° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Primera Atención

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTADÍSTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
			1	2								P	D	R				
HISTORIA CLÍNICA			ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
5	46284620	2		Lince	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Atención Prenatal 14 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z3492
						<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dentro de lo recomendado según semana gestacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z006
						<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb	10.5	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	85018
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
						<input checked="" type="checkbox"/>	A	PC	PESO		N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LEV	D509
						<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2. Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1	U310
						<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403



Ultima atención: Alta del paciente, concluye manejo terapéutico

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLÍNICA	ETNA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
05	46284620	2	Lince	26	M	PC	PESO	N	N	1. Control de Puerperio	P	X	R
					M		TALLA	X	X	2. Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico	P	X	R
		80			D	Pab	Hb	12	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
					A	PC	PESO	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	X	R
					M		TALLA	C	C	2. Consejería Nutricional	P	X	R
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R

IV. FAMILIA SALUDABLE

Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos:

Es una actividad educativa de **“aprender haciendo”**, en la cual las familias con niñas y niños menores de 36 meses y gestantes con énfasis en las familias con niños de 6 a 11 meses de edad, se realizan sesiones demostrativas para aprender a combinar los alimentos en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño y de la gestante.

Estas sesiones demostrativas se desarrollan en un Local Comunal, Centros de Promoción y Vigilancia Comunal u otros espacios de la comunidad, usando los materiales e insumos disponibles para tal fin¹¹.

Los temas de las sesiones pueden ser:

- **MN** : Administración de Micronutrientes
- **ALI** : Preparación de Alimentos
- **LME**: Lactancia Materna Exclusiva ó Prolongada
- **SBU**: Salud Bucal

En familias con niñas y niños menores de 12 meses:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1ra Fila: Sesión Demostrativa

Tipo de Diagnóstico:

- Para todas las actividades marque siempre “D”

Item Lab:

- Conforme el tema de la sesión demostrativa “MN, ALI, LME, SBU”.

Item Código CIE/CPT:

- C0010 Sesión Demostrativa

Sesion Demostrativa Preparacion de Alimentos

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
5/09	46284620	1	Lince	6	A	PC	PESO	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	X	R
					M		TALLA	X	X	2.	P	D	R
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R

¹¹ Extraído del documento: Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención en Consulta Externa, de las Actividades de Promoción de la Salud en el Programa Articulado Nutricional.

En Gestantes:

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Sesión Demostrativa

Tipo de Diagnóstico:

- Para todas las actividades marque siempre “D”

Item Lab:

- Conforme el tema de la sesión demostrativa “**ALI**” y en el campo LAB inferior la Letra “**G**” (**Gestantes**)

Item Código CIE/CPT:

- C0010 Sesión Demostrativa

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	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: ____/____/____																
31	46284620		2	Lince	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/> R		1. Sesión Demostrativa				P	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> X	ALI	C0010											
		80				<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> D		2.				P	<input checked="" type="checkbox"/> D		G												
						<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb		R				3.				P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R												

V. VISITAS DOMICILIARIAS (VD)

Actividad que se realiza en los hogares, dirigida a madres, padres o cuidadores, que tengan niños y niñas menores de 24 meses, con la finalidad de brindar **consejería** para promover la adopción de prácticas saludables en el cuidado infantil, fortalecer la adherencia a la suplementación o al tratamiento con gotas de hierro.

Complementa y refuerza las **Consejerías** brindadas en el servicio de salud, durante las **Sesiones Demostrativas y Educativas**.

Esta actividad es realizada por **Personal de Salud**, o por el **Agente Comunitario de Salud, Promotor de Salud o Actor Social (PDS)** previamente capacitado, según se muestra en las siguientes tablas:

Frecuencia de VD del Personal de Salud

Edad del Niño	Frecuencia	Periodo	Tipo	PS
4 a 5 Meses	Una VD por mes	Dos Meses	Preventivo	X
6 a 11 Meses	Una VD por mes	Cinco Meses	Terapéutico	X

Frecuencia de VD del Actor Social al mes

Edad del Niño	Frecuencia	Periodo	Tipo	PDS
4 a 5 Meses	Tres VD por mes	Dos Meses	Preventivo	X
6 a 11 Meses	Tres VD por mes	Cinco Meses	Terapéutico	X

Visita Domiciliaria realizada por Personal de Salud



Preventivo

Unidad Productora de Servicios UPS:

Atención Salud Familiar y Comunitaria (302101)

Nombre del Responsable de la Atención:

El Personal de Salud debe de registrar en este campo su DNI

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila: Administración de Suplemento
- En la 2° Fila: Visita Domiciliaria

Tipo de Diagnóstico:

- Para todas las actividades marque siempre “D”

Item Lab:

- Se coloca el número de visita según la suplementación (1,2,3....6)
- Visita Domiciliaria Personal de Salud “Vacío”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z298
- En la 2° Fila: 99344

Visita Domiciliaria por Personal de Salud Manejo Preventivo – Niño de 4 – 5 Meses que Recibe Gotas de Hierro

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAD.	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: ____/____/____															
21	46284620	1	Santa Anita	4	A	PC	PESO	N	N	1. Administración de Suplemento	P	X	R	1	Z298
					D	F	TALLA	X	X	2. Visita Domiciliaria	P	X	R		99344
						Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

Terapéutico:

Unidad Productora de Servicios UPS:

Atención Salud Familiar y Comunitaria (302101)

Nombre del Responsable de la Atención:

El Personal de Salud debe de registrar en este campo su DNI

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1° Fila Anemia por Deficiencia de Hierro sin Especificación
- En la 2° Fila Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 3° Fila: Visita Domiciliaria

Tipo de Diagnóstico:

- Para todas las actividades marque siempre “D”

Item Lab:

- Anemia por Deficiencia de Hierro 1
- Se coloca el número de visita que corresponda al tratamiento (1,2,3....6)
- Visita Domiciliaria Personal de Salud “Vacío”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: D509
- En la 2° Fila: U310
- En la 3° Fila: 99344

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAD- BLEC	SER- VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
21	46284620	1	Lince	4	A	M	PC		PESO	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	X	R	1	D509
					D	F	Pab		TALLA	X	X	2. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	1	U310
									Hb	R	R	3. Visita Domiciliaria	P	X	R		99344

VI. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO - CRED

Tamizaje y Lectura de Resultado en CRED

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

- En la 1° Fila: Control Crecimiento y Desarrollo¹²
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En la 1° Fila: marque “D”
- En la 2° Fila: marque “D” (indica que ya se tiene el resultado)

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control en el Servicio CRED “4”
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina “1”

Código CIE/CPT:

- Z001: Atención en el Servicio¹³ - Control de Crecimiento y Desarrollo o Nutrición
- 85018: Dosaje de Hemoglobina

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTAD- BLEC	SER- VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	9			2	ABDOMINAL				ANTROPOMETRICA	P	D			R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Arturo Brandan Muñoz FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
2	46284620	1	Lince	4	A	PC	PESO	6	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	4	Z001	
					X	F	Pab	TALLA	60	X	X	2.	Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018
					D			Hb	12	R	R	3.		P	D	R		

Manejo Preventivo en Niños de 4 meses Nacidos a Término con Peso Normal

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

- En la 1° Fila: Control Crecimiento y Desarrollo¹⁴
- En la 2° Fila: Administración de Suplementación (Sulfato Ferroso, Hierro Polimaltosado o Micronutriente)
- En la 3° Fila: Consejería Nutricional

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo “D”

En el ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Control en el Servicio

¹² O la atención del servicio que está solicitando el Dosaje de Hemoglobina, conforme se señala arriba

¹³ El manejo preventivo y terapéutico de la anemia puede darse en la atención en Medicina, Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Atención del Adolescente, Control de la Gestante o Atención en Nutrición

¹⁴ O la atención del servicio que está solicitando el Dosaje de Hemoglobina, conforme se señala arriba

- En la 2° Fila: Número de Suplementación
- En la 3° Fila: Se coloca el número de consejería según corresponda “1,2,3,....”

Colocar en Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z001 Atención en el servicio¹⁵ - Control de Crecimiento y Desarrollo
- En la 1° Fila: Z298 Inicio de Suplementación Preventiva
- En la 3° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Primera Entrega de Suplementación con Hierro Polimaltosado

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO	EVALUACIÓN	ESTADÍSTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)			CEFALEO Y ABDOMINAL	ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA				P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
2	46284620	1	Lince	4	A	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	6	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	Z001	
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	TALLA	60	<input checked="" type="checkbox"/>	X	2. Administración de Hierro Polimaltosado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	X	R	P01	Z298
					D			Hb		R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	X	R	1	99403

Término de suplementación con Hierro Polimaltosado, Dosaje de Hemoglobina e inicio con Micronutrientes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	1	2								P	D	R				
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
2	46284620	1	Lince	6	A	M	PC	PESO	7.5	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	6	Z001
					M	F	Pab	TALLA	63	X	X	2. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	TA	Z298
					D			Hb	12	R	R	3. Dosaje de hemoglobina	P	X	R	1	85018
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	3	99403
					M	F	Pab	TALLA		C	C	2. Administración de Micronutrientes	P	X	R	1	Z298
					D			Hb		R	R	3.	P	D	R		

Término de suplementación con micronutrientes

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTADÍSTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	12								P	D	R					
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
5	46284620	1	Lince	19	A	M	PC		PESO		N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	19	Z001
					X	F	Pab		TALLA		X	X	2. Administración de Micronutrientes	P	X	R	TA	Z298
					D			Hb	12	R	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	3	85018	
					NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____													
					A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	15	99403
					M				TALLA		C	C	2.	P	D	R		
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

Manejo Preventivo en Niños de 36 a 59 meses

Los niños de 36 a 59 meses que no presentan anemia deben recibir un esquema de suplementación preventiva con Hierro y Micronutrientes, conforme el siguiente cuadro:

CONDICION DEL NIÑO	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS (Vía Oral)	PRODUCTO A UTILIZAR	DURACION
Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	De 36 meses a 59 meses.	1 sobre	Micronutrientes en polvo: Sobre de 1 gramo que contienen 12,5 mg de hierro elemental	6 meses hasta que complete el consumo de 90 sobres (1 sobre interdiario). Interdiario (3 veces por semana).
		2.8 ml	Jarabe de Sulfato Ferroso (1 ml=3 mg de Hierro elemental)	3 meses si y 3 meses no de forma que la administración se reinicie cada 6 meses. Interdiario (3 veces por semana).

¹⁵ El manejo preventivo y terapéutico de la anemia puede darse en la atención en Medicina, Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Atención del Adolescente, Control de la Gestante o Atención en Nutrición.



		2.5 ml	Jarabe de Hierro Polimaltosado (1ml=10 mg de Hierro elemental)	3 meses si y 3 meses no de forma que la administración se reinicie cada 6 meses. 1 vez por semana.
--	--	--------	---	---

Cuando la suplementación se realiza con Micronutrientes

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en Medicina, Nutrición o Control de Crecimiento y Desarrollo.
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Micronutrientes
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina "1"
- En la 3° Fila: Número de entrega de Micronutrientes (1,2,...,6)
- En la 4° Fila: Número de Consejería Nutricional "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z001
- En la 2° Fila: 85018
- En la 3° Fila: Z298
- En la 4° Fila: 99403

Ejemplo:

Primera Atención:

DIA	D.N.I.	FINANC.	HISTORIA DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	1	2	P								D	R				
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
5	46284683	1	Lince	3	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	14	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z001
					<input type="checkbox"/>	M		TALLA	94	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	85018
					<input type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	11	R	R	3. Administración de Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z298
					<input type="checkbox"/>	D											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403	
					<input type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	2.	P	D	R			
					<input type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

Última atención:

DIA	D.N.I.	FINANC.	ISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO				LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	1	2								P	D	R				
		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
6	46284683	1	Lince	3	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	15	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	Z001
					<input type="checkbox"/>	M		TALLA	98	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	85018
					<input type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	12	R	R	3. Administración de Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					<input type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	99403
					<input type="checkbox"/>	M		TALLA		C	C	2.	P	D	R		
					<input type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	

Cuando la suplementación se realiza con Hierro Polimaltosado

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en Medicina, Control de Crecimiento y Desarrollo o Nutrición.
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D".

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina "1"
- En la 3° Fila: Número de entrega de Hierro Polimaltosado
- En la 4° Fila: Número de Consejería Nutricional "1"

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z001 Atención en el servicio, Ej.: Control de Crecimiento y Desarrollo
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Primera Atención

DIA	D.N.I.	FINANC.	ISTRI DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
			10	12								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
5	46284683	1	Lince	3	M	PC	PESO	14	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	1	Z001	
							TALLA	94	X	X	2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018	
							Hb	11	R	R	3. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	PO1	Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403	
								TALLA		C	C	2.	P	D	R		
								Hb		R	R	3.	P	D	R		

Ultima Atención

DIA	D.N.I.	FINANC.	ISTRI DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
			10	12								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
6	46284683	1	Lince	3	M	PC	PESO	15	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	4	Z001	
							TALLA	98	X	X	2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	2	85018	
							Hb	12	R	R	3. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	TA	Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	4	99403	
								TALLA		C	C	2.	P	D	R		
								Hb		R	R	3.	P	D	R		

Cuando la suplementación se realiza con Sulfato Ferros

Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En la 1° Fila: Atención en Medicina, Control de Crecimiento y Desarrollo o Nutrición.
- En la 2° Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:



- Para cada Fila marque Tipo “D”.

Ítem LAB:

- En la 1° Fila: Número de Atención
- En la 2° Fila: Número de Dosaje de Hemoglobina “1”
- En la 3° Fila: Número de entrega de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: Número de Consejería Nutricional “1”

Código CIE/CPT:

- En la 1° Fila: Z001 Atención en el servicio, Ej.: Control de Crecimiento y Desarrollo
- En la 2° Fila: 85018 Dosaje de Hemoglobina
- En la 3° Fila: Z298 Administración de Sulfato Ferroso
- En la 4° Fila: 99403 Consejería Nutricional

Primera Atención:

DÍA	D.N.I.	FINANC.	ISTITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTADÍSTICA	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: ____/____/____																		
5	46284683	1	Lince	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	14	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z001
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA	94	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	85018	
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb	11	R	R	3.	Administración de Sulfato Ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF1	Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1.	Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA		C	C	2.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb		R	R	3.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

Última Atención

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														
2018	agosto			_____														
DNI: _____																		
DÍA	D.N.I.	FINANC.	ISTITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTADÍSTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)									P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
6	46284683	1	Lince	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	15	N	N	1.	Control de Crecimiento y Desarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	Z001
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA	98	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Dosaje de Hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	85018	
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb	12	R	R	3.	Administración de Sulfato Ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																		
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1.	Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	99403
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA		C	C	2.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb		R	R	3.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			



Ministerio de Salud

Oficina General de Tecnologías de la Información
Av. Salaverry 801 Jesús María Lima / Perú
Central Telefónica (51-1) 315-6600