



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



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*

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. María de los Angeles Tantalean Sanchez, Equipo Técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Lic. Jacqueline 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



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*



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



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*

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 DIREAS



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



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

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.



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

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 Etáreo	Prevención	Tratamiento
Recién Nacido Prematuro y/o con Bajo Peso al Nacer (<6 meses)	6 meses 12 meses 18 meses > 24 meses es 1 vez al año	A los 3 y 6 meses de iniciado tratamiento
Niños a Término con Adecuado Peso al Nacer (Hasta 11 años de edad)		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 Etáreo	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 resolutiva

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



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

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 Pérez			
DIA	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
	D.N.I.	FINANCI.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	PERIMETRO	ESTA- BLEC-	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	10	12	CEFÁLICO Y ABDOMINA A HEMOGLOBINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC						P	D	R					
FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Arturo Brandan Muñoz FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01 / 11 / 2018																		
03	78754693	1	La Victoria	6	A M D	N X F	PC Pab	PESO TALLA HB	8 67 12	N X R	N X R	1. Control de Crecimiento y Desarrollo 2. Dosaje de Hemoglobina	P X D	R R D	1 1 1	Z001 85018		
	123456346																	
	2456																	

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 Pérez			
DIA	7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
	D.N.I.	FINANCI.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA- BLEC-	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12	CEFÁLICO Y ABDOMINA A HEMOGLOBINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC						P	D	R					
FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Arturo Brandan Muñoz FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01 / 11 / 2018																		
03	78754693	1	La Victoria	6	A M D	N X F	PC Pab	PESO TALLA HB	8 67 12	N X R	N X R	1. Control de Crecimiento y Desarrollo 2. Dosaje de Hemoglobina	P X D	R R D	1 1 1	Z001 85018		
	123456346																	
	2456																	

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

En el ítem Tipo de diagnóstico:

- En la 1º Fila: marque “D”
- En la 2º Fila: marque “D” (indica que se tiene el resultado el mismo día)

En el ítem LAB:

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

Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila 99209
- En la 2º 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												
2018 NOVIEMBRE																													
7	8		9		11		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22				
	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD		SEXO		PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA		EVALUACION ANTROPOMETRICAS A HEMOGLOBINA		ESTAD. CLINICO		SERVICIO		DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNOSTICO		LAB.		CÓDIGO CIE / CPT				
	DIA		HISTORIA CLINICA		10		12																P D R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		Arturo Brandan Muñoz		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:		01		/ 11 / 2018																					
03	78754693		1		Lince		6	A	M	PC	PESO		8		N		N		1. Atencion en Nutricion		P		R		1		99209		
	123456346								X			TALLA		67		X		X		2. Dosaje de Hemoglobina		P		R		1		85018	
	2456								D	F	Pab	Hb		12		R		R		3.		P		D		R			

II. MANEJO PREVENTIVO DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES Y PUÉRPERAS

Manejo Preventivo de Anemia en Niños

- En niños con bajo peso al nacer y/o prematuros, la suplementación con gotas de Hierro Polimaltosado o Sulfato Ferroso se **inicia a los 30 días del nacimiento hasta cumplir los 6 meses de edad.**
 - En niños nacidos a término con adecuado peso al nacer la suplementación con gotas de Hierro Polimaltosado o Sulfato Ferroso se **inicia a los 4 meses hasta cumplir los 6 meses de edad.**
 - A partir de los **6 meses ambos casos continúan con micronutrientes** hasta completar los 360 sobres (1 sobre por día).
 - El niño que **no inició suplementación a los 6 meses, podrá hacerlo en cualquier momento** hasta que cumpla los 5 años.
 - Si el Establecimiento de Salud no dispone de micronutrientes los niños **podrán recibir hierro en otras presentaciones como gotas o jarabe de Sulfato Ferroso o Polimaltosado.**
 - Si se **suspendió el consumo de micronutrientes, este deberá retomarse**, hasta completar los 360 sobres (12 entregas).
 - **Todos los niños, suplementados 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.
 - Cuando se haya **comprobado el consumo de la última entrega se registrará “TA”** en el campo LAB para indicar NIÑO SUPLEMENTADO.

Se presentan esquemas de Manejo Preventivo de Anemia:

Esquema de Manejo Preventivo de Recién Nacido Prematuro o con Bajo Peso al Nacer



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

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 CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A/HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC- SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO P D R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	10	12						FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO Poblado (*)	FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:	28/03/2018	(*)FECHA DE NACIMIENTO:	30/01/2018			
31/03	78754693	1	Comas	2	A	M	P	PC	PESO	3.6	N	1.	Recién Nacido Prematuro	P	R	1	P0712	
	123456789				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA	52	<input checked="" type="checkbox"/>	C	2.	Administración de Hierro Polimaltosa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	P01	Z298
	2456				D	F	Pab		Hb	14	R	R	3.	Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	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)



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

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

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo "D"

En el ítem LAB:

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

En el ítem Código CIE/CPT:

- En la 1º Fila: 99209 Atención en el servicio, Ej.: Nutrición
- En la 2º Fila: Z298 Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 3º 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	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTRÓPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12										
31/04	78754693	1	Comas	4	A M PC D F Pab	Peso Talla Hb	N R R	N R R	1. Control de Crecimiento y Desarrollo 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico 3. Consejería Nutricional	P R P D R	4 Z001 P01 1	Z001 Z298 99403	
	123456789												
	2456												

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	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTRÓPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12										
30/06	78754693	1	Comas	6	A M PC D F Pab	PESO TALLA Hb	N R R	N R R	1. Control de Crecimiento y Desarrollo 2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferrico 3. Dosaje de Hemoglobina	P R P D R	6 TA 1	Z001 Z298 85018	
	123456789												
	2456												



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

Inicio de suplementación con Micronutrientes

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2018	Junio	C.S. Cristo Salvador				301203 - Enfermería				DNI 99998888 Pedro Torres Pérez						
DIA	7	8	9	11	EDAD	SEXO	13	14	15	16	17	18	19	TIPO DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE/CPT	
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA			EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD						
	HISTORIA CLÍNICA	10	12													
FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO Poblado (*)											P D R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rosmery García Mendoza FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/06/2018 (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/01/2018																
30/06	78754693	1	Comas	6	A M F Pab	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo				P D R	6 Z001	
										TALLA	2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferroico					
										Hb 11 R	3. Dosaje de Hemoglobina					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																
				A M F Pab	PC	PESO	N	N	1. Administración de Micronutrientes				P D R	1 Z298		
									TALLA	2. Consejería Nutricional						
									Hb R R	3.						

Término de Suplementación con MN y Dosaje de Hemoglobina

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
2019	Agosto	C.S. Cristo Salvador				301203 - Enfermería				DNI 99153288 Maria de Paz Pineda						
DIA	7	8	9	11	EDAD	SEXO	13	14	15	16	17	18	19	TIPO DE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE/CPT	
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINA			EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD						
	HISTORIA CLÍNICA	10	12													
FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO Poblado (*)											P D R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Rosmery García Mendoza FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 01/07/2019 (*)FECHA DE NACIMIENTO: 01/01/2018																
30/08	78754693	1	Comas	1	A M F Pab	PC	PESO	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo				P D R	6 Z001	
										TALLA	2. Administración de Complejo Polimaltosado Ferroico					
										Hb 12 R R	3. Dosaje de Hemoglobina					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																
				A M F Pab	PC	PESO	N	N	1. Consejería Nutricional				P D R	1 99403		
									TALLA	2.						
									Hb R R	3.						

Si los Servicios de Salud identifican niños entre 6 y 36 meses que no hayan recibido suplementación o tratamiento podrán iniciarla 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:



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

- 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:

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	
	10	12	1	2	CENTRO Poblado (*)									P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / _____																			
5	46284683	1	Lince				3	M	PC	PESO	14	N	X	1. Atención en Nutrición	P	X	R	1	99209
								M		TALLA	94	X	C	2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018
								D	Pab	Hb	11	R	R	3. Administración de Micronutrientes	P	X	R	1	Z298
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / _____																			
								A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403
								M		TALLA		C	C	2.	P	D	R		
								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		
	10	12	1	2	CENTRO Poblado (*)									P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / _____																				
6	46284683	1	Lince				3	M	PC	PESO	15	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	7	99209	
								M		TALLA	98	X	X	2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	2	85018	
								D	F	Pab	Hb	12	R	R	3. Administración de Micronutrientes	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	7	99403	
								M		TALLA		C	C	2.	P	D	R			
								D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R			



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información**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.		FINANCIEROS		ESTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTA. SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT																
	D	R	10	12	3	PC							P	D	R																		
HISTORIA CLÍNICA		ETNIA		CENTRO Poblado (*)																													
5	46284683		1	Lince		3	M	F	PC	PESO	14	N	1.	Atención en Nutrición			P	R	1	99209													
														Dosaje de Hemoglobina																			
														Administración de Hierro Polimaltosado																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:		/ /																													
							A	M	PC	PESO	14	N	1.	Atención en Nutrición			P	R	1	99209													
														Dosaje de Hemoglobina																			
														Administración de Hierro Polimaltosado																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:		/ /																													
							A	M	PC	PESO	14	N	1.	Atención en Nutrición			P	R	1	99403													
														Dosaje de Hemoglobina																			
														Administración de Hierro Polimaltosado																			

Última Atención:

DIA	D.N.I.		FINANCIEROS		ESTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTA. SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT																
	D	R	10	12	3	PC							P	D	R																		
HISTORIA CLÍNICA		ETNIA		CENTRO Poblado (*)																													
6	46284683		1	Lince		3	M	F	PC	PESO	15	N	1.	Atención en Nutrición			P	R	4	99209													
														Dosaje de Hemoglobina																			
														Administración de Hierro Polimaltosado																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:		/ /																													
							A	M	PC	PESO	15	N	1.	Atención en Nutrición			P	R	2	85018													
														Dosaje de Hemoglobina																			
														Administración de Hierro Polimaltosado																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:		/ /																													
							A	M	PC	PESO	15	N	1.	Atención en Nutrición			P	R	4	99403													
														Dosaje de Hemoglobina																			
														Administración de Hierro Polimaltosado																			

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



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

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			
	10	12									P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
5	46284683	1	Lince	3	3	M	PC	PESO 14	N	1.	Atención en Nutrición			P	R	1	99209		
											TALLA 94	C	2.						
											Hb 11	R	3.						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
						A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Nutricional			P	R	1	99403	

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			
	10	12									P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
6	46284683	1	Lince	3	3	M	PC	PESO 15	N	N	1. Atención en Nutrición			P	R	1	99209		
											TALLA 98	C	2.						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
						A	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Nutricional			P	R	4	99403	

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”



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

- 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

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	
	10	12																P
HISTORIA CLINICA		ETNIA		CENTRO Poblado (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
5	89526224				Ate		16	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Pab	<input type="checkbox"/> PESO <input type="checkbox"/> TALLA <input type="checkbox"/> Hb	<input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente <input type="checkbox"/> 2. Dosaje de Hemoglobina <input type="checkbox"/> 3. Administración de Sulfato Ferroso	<input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> SF1	Z003 85018 Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
							<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Pab	<input type="checkbox"/> PESO <input type="checkbox"/> TALLA <input type="checkbox"/> Hb	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1. Consejería Nutricional <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	<input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	99403		
Al segundo mes																		
5	89526224				Ate		16	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Pab	<input type="checkbox"/> PESO <input type="checkbox"/> TALLA <input type="checkbox"/> Hb	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente <input type="checkbox"/> 2. Administración de Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> 3. Consejería Nutricional	<input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> SF2 <input type="checkbox"/> 2	Z003 Z298 99403	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
5	89526224				Ate		16	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Pab	<input type="checkbox"/> PESO <input type="checkbox"/> TALLA <input type="checkbox"/> Hb	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente <input type="checkbox"/> 2. Administración de Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> 3. Consejería Nutricional	<input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> SF3 <input type="checkbox"/> 3	Z003 Z298 99403	
Al tercer mes																		
5	89526224				Ate		16	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Pab	<input type="checkbox"/> PESO <input type="checkbox"/> TALLA <input type="checkbox"/> Hb	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente <input type="checkbox"/> 2. Administración de Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> 3. Consejería Nutricional	<input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> 4	Z003 Z298 99403	
Al cuarto mes																		
5	89526224				Ate		16	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Pab	<input type="checkbox"/> PESO <input type="checkbox"/> TALLA <input type="checkbox"/> Hb	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente <input type="checkbox"/> 2. Administración de Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> 3. Consejería Nutricional	<input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> 4	Z003 Z298 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 blisters vacíos)

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	
	10	12																P
HISTORIA CLINICA		ETNIA		CENTRO Poblado (*)														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
5	89526224				Ate		16	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Pab	<input type="checkbox"/> PESO <input type="checkbox"/> TALLA <input type="checkbox"/> Hb	<input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente <input type="checkbox"/> 2. Dosaje de Hemoglobina <input type="checkbox"/> 3. Administración de Sulfato Ferroso	<input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> SF1	Z003 85018 Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
							<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Pab	<input type="checkbox"/> PESO <input type="checkbox"/> TALLA <input type="checkbox"/> Hb	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1. Consejería Nutricional <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	<input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	99403		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
5	89526224				Ate		16	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Pab	<input type="checkbox"/> PESO <input type="checkbox"/> TALLA <input type="checkbox"/> Hb	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente <input type="checkbox"/> 2. Administración de Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> 3. Consejería Nutricional	<input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> SF2 <input type="checkbox"/> 2	Z003 Z298 99403	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																		
							<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Pab	<input type="checkbox"/> PESO <input type="checkbox"/> TALLA <input type="checkbox"/> Hb	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente <input type="checkbox"/> 2. Administración de Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> 3. Consejería Nutricional	<input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> SF3 <input type="checkbox"/> 3	Z003 Z298 99403		



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

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

DIA	D.N.I.	FINANCIEROS	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTADOC. 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: _____ / _____														
5	89526224		Ate	16	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> PC	<input type="checkbox"/> PESO	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	1. Exámen del Estado del desarrollo del Adolescente	<input checked="" type="checkbox"/> R	2	Z003	
					<input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> Pab	<input type="checkbox"/> TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2. Administración de Sulfato Ferroso	<input checked="" type="checkbox"/> R	TA	Z298	
					<input type="checkbox"/> D		<input type="checkbox"/> Hb	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> R	3. Consejería Integral	<input checked="" type="checkbox"/> 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.	FINANCIEROS	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTADOC. 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: _____ / _____														
3	46284620	2	Lince	26	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> PC	<input type="checkbox"/> PESO	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	1. Atención Prenatal 14 semanas	<input checked="" type="checkbox"/> R	3	Z3492	
		80			<input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> Pab	<input type="checkbox"/> TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2. Dosaje de Hemoglobina	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	85018	
					<input type="checkbox"/> D		<input type="checkbox"/> Hb	<input type="checkbox"/> 12.3	<input type="checkbox"/> R	3. Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ / _____														
					<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> PC	<input type="checkbox"/> PESO	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	1. Consejería Nutricional	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	99403
					<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> TALLA		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	2.	<input type="checkbox"/> D		
					<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Pab	<input type="checkbox"/> Hb	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> R	3.	<input type="checkbox"/> D		



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

Última Atención Puerperio

Última atención, se verifica el consumo de las tabletas y se cierra la suplementación preventiva – 4ºDosaje de Hemoglobina

DIA	D.N.I.	FINAN.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERMETR O CEFALICO Y ABDOMINA L	EVALUACION ANTROPOMETRI CA HEMOGLOBINA	ESTA BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO Poblado (*)								P	D	R		
31	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /											
				26	M	PC	PESO	N	N	1. Control de Puerperio	P	X	R	2	59430
										2. Administracion de Sulfato Feroso y ácido fólico					P
				M	Pab	TALLA	C	C	3. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	4	85018	
				A	M	PESO	N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	8	99403	
				M	F	TALLA	C	C	2.	P	D	R			
				D	Pab	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.



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

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 Puérperas (hasta 1,000 msnm)

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
Niños				
Niños Prematuros				
1 ^a semana de vida	≤ 13.0			>13.0
2 ^a a 4 ^a semana de vida	≤ 10.0			>10.0
5 ^a a 8 ^a 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 o más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años o más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años o más ^(*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 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⁽²⁴⁾Fuente: OMS. 2001. El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, trauma y quemaduras. Ginebra⁽²⁵⁾

(*) 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, **VACÍO⁹**) 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^a Fila: Recién Nacido Prematuro
- En la 2^a Fila: Dosaje de/ Hemoglobina
- En la 3^a Fila: Anemia por Deficiencia de Hierro sin Especificación
- En la 4^a Fila: Administración de Hierro Polimaltosado
- En la 5^a 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.

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

Inicio del Tratamiento

Dosaje de hemoglobina al mes de tratamiento

DIA	D.N.I.		FINANCIACION		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALOCAL Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTA- BLES- CION	SER- VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNOSTICO		LAB.	CÓDIGO CIE/CPT
	10		12														P D			
	ETNIA		CENTRO POBLADO (*)														R			
1	78754693		1		Comas		2	A	M	PC	PESO	N	N	1. Recién Nacido Prematuro		P	D		2	P0712
								A	M	PC	TALLA	C	C	2. Dosisaje de hemoglobina		P	X	R	2	85018
								D	F	Pab	Hb	8	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación		P	D	X	
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
								A	M	PC	TALLA	C	C	2. Consejería Nutricional		P	X	R	2	99403
								D	F	Pab	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 CEFÁLICO Y ANTRÓPOMETRICOS		ESTA-BLESC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE/CPT	
	10	12	ETAPA	CENTRO POBLADO (*)			ABDOMINA	A HEMOGLOBINA			PC	PESO	N	N	1. Recién Nacido Prematuro	P	D		R	P
1	78754693	1	Comas	3	A M D F Pab	PC TALLA Hb	8	R	R	1. Recién Nacido Prematuro	P	D	R	3	P0712					
			2. Dosaje de hemoglobina							85018										
			3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación							D509										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /										
				A M D F Pab	PC TALLA Hb	8	R	R	1. Administración de Hierro Polimaltosado	P	D	R	3	PO3						
			2. Consejería Nutricional						99403											
			3. _____																	



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

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

DIA	D.N.I.	FINANCIEROS	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICAS A HEMOGLOBINA	ESTADOC BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	10	12	HISTORIA CLINICA	ETNIA							CENTRO Poblado (*)	P	D	R	P	D			R		
1	78754693	1	Comas		6	A M D F Pab	PC	PESO TALLA Hb	N C R	N C R	1. Recién Nacido Prematuro	P P P	D X X	R R R	6 4 PR	P0712 85018 D509					
																					2. Dosaje de hemoglobina
																					3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /										
					12	A M D F Pab	PC	PESO TALLA Hb	N C R	N C R	1. Administración de Hierro Polimaltosado	P P P	D X X	R R R	TA 1 6	U310 Z298 99403					
																					2. Administración de Micronutrientes
																					3. Consejería Nutricional

Término de suplementación con micronutrientes

DIA	D.N.I.	FINANCIEROS	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICAS A HEMOGLOBINA	ESTADOC BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	10	12	HISTORIA CLINICA	ETNIA							CENTRO Poblado (*)	P	D	R	P	D			R		
1	78754693	1	Comas		12	A M D F Pab	PC	PESO TALLA Hb	N C R	N C R	1. Recién Nacido Prematuro	P P P	D X X	R R R	12 5 TA	P0712 85018 Z298					
																					2. Dosaje de hemoglobina
																					3. Administración de Micronutrientes
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /										
					12	A M D F Pab	PC	PESO TALLA Hb	N C R	N C R	1. Consejería Nutricional	P P P	D X X	R R R	12	99403					
																					2. _____
																					3. _____

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



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información**Inicio de Tratamiento**

DIA	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	10	12	ETNIA	CENTRO Poblado (*)	P	D								R							
5	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____								A M D	F Pab	PC	PESO	6	N	N	1. Atención en Nutrición			P D R	1	99209
	46288629 1 Carabayllo															2. Dosaje de Hemoglobina					
																3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____								A M D	F Pab	PC	PESO	6	N	N	1. Administración de Hierro Polimaltosado			P D R	P01	U310	
															2. Consejería Nutricional						
															3.						

Dosaje de hemoglobina al mes de tratamiento

DIA	D.N.I.		FINANC.		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	10	12	ETNIA	CENTRO Poblado (*)	P	D								R							
5	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____								A M D	F Pab	PC	PESO	6	N	N	1. Atención en Nutrición			P D R	2	99209
	46288629 1 Carabayllo															2. Dosaje de hemoglobina					
																3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____								A M D	F Pab	PC	PESO	6	N	N	1. Administración de Hierro Polimaltosado			P D R	P02	U310	
															2. Consejería Nutricional						
															3.						

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	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	10	12	ETNIA	CENTRO Poblado (*)	P	D								R							
5	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____								A M D	F Pab	PC	PESO	6	N	N	1. Atención en Nutrición			P D R	3	99209
	46288629 1 Carabayllo															2. Dosaje de hemoglobina					
																3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____								A M D	F Pab	PC	PESO	6	N	N	1. Administración de Hierro Polimaltosado			P D R	P03	U310	
															2. Consejería Nutricional						
															3.						

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	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	10	12	ETNIA	CENTRO Poblado (*)	P	D								R							
5	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____								A M D	F Pab	PC	PESO	6	N	N	1. Atención en Nutrición			P D R	6	99209
	46288629 1 Carabayllo															2. Dosaje de hemoglobina					
																3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____								A M D	F Pab	PC	PESO	6	N	N	1. Administración de Hierro Polimaltosado			P D R	TA	U310	
															2. Administración de Micronutrientes						
															3. Consejería Nutricional						

Término de suplementación con Micronutrientes

DIA	D.N.I.	FINANCIADA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICAS	ESTAD. CLINICO	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNOSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT					
	10	12	ETNIA							CENTRO Poblado (*)	P	D	R								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____															FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						
5	46288629	1	Carabayllo	12	A M D F Pab	PC	PESO	TALLA	Hb	12	R	R	1. Atención en Nutrición				P	X	R	18	P0712
													2. Dosaje de hemoglobina								
													3. Administración de Micronutrientes								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____															FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						
				A M D F Pab	PC	PESO	TALLA	Hb	12	R	R	1. Consejería Nutricional				P	X	R	18	99403	
												2. _____									
												3. _____									

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

- a) 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.
 - b) Se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos.
 - c) 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 0 Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico 0 Gotas de Sulfato Ferroso 0 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 0 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 0 Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico 0 1 tableta de Sulfato ferroso 0 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

Example

Ejemplo

- 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.	FINAN.	ISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC-	SER- VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			CÓDIGO CIE / CPT			
		10	2								P	D	R				
HISTORIA CLINICA			ETNIA	CENTRO Poblado (*)		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
7	46282305	1	Surquillo	4	 M F D	 PC Pab	PESO	N	N	1. Atención en Nutrición			P	 R	1	99209	
							TALLA	2. Dosaje de Hemoglobina			P	 R	1				85018
							Hb	9	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación			P	 R	MOD	
							NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
				A	 M F D	 PC Pab	PESO	N	N	1. Administración de Hierro Polimaltosado			P	 R	P01	U310	
							TALLA	2. Consejería Nutricional			P	 R	1				99403
							Hb	R	R	3.				P	D	R	

Dosaje de hemoglobina al mes de tratamiento

Dosaje de hemoglobina a los 3 meses, continúa con tratamiento

DIA	D.N.I.	FINANCIEROS	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	FEMORAL O CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTAD O SUS VIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNOSTICO P D R	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
	10	12															
HISTORIA CLINICA		ETNIA		CENTRO POBLADO (*)													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
7	46282305	1	Surquillo	4			PESO	N	N	1. Atención en Nutrición			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	99209
							TALLA	2. Dosaje de hemoglobina			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	85018		
							Hb	10	R	R	3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MOD
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																	
				A		PESO	N	N	1. Administración de Hierro Polimaltosado			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PO3	U310	
						TALLA	2. Consejería Nutricional			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	99403			
						Hb	R	R	3.			P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información**Término de Tratamiento de Hierro Polimaltosado, Dosaje de Hemoglobina, Paciente Recuperado**

DIA	D.N.I.		FINANCIEROS		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA	ESTADÍSTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA			TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	10	12	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO Poblado (*)															
7	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ / _____																	
	46282305	1	Surquillo		4	M	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en Nutrición			P	X	R	6	99209	
												D	F	Pab						TALLA
							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: _____ / _____																	
					16	A	M	PC	PESO	N	N	1. Administración de Hierro Polimaltosado			P	X	R	TA	U310	
												D	F	Pab						TALLA
							Hb		R	R	3.			P	D	R		99403		

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.		FINANCIEROS		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA	ESTADÍSTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA			TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	10	12	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO Poblado (*)															
5	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ / _____																	
	89526224		Ocoña		16	M	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en Nutrición			P	X	R	1	99209	
												D	X	Pab						TALLA
							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: _____ / _____																	
					16	A	M	PC	PESO	N	N	1. Administración de Sulfato Ferroso			P	X	R	SF1	U310	
												D	F	Pab						TALLA
							Hb		R	R	3.			P	D	R		99403		



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información**Última atención: Alta del paciente, concluye manejo terapéutico**

DIA	D.N.I.	FINANCIEROS	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTADOC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	10	12									P	D	R		
HISTORIA CLÍNICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
5	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
	89526224		Ocoña	16	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en Nutrición	P	X	R	7	99209
					M		TALLA			2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	4	85018
					D	Pab	Hb	12	R	3. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	X	R	PR	D509
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
					A	PC	PESO	N	N	1. Administración de Sulfato Ferroso	P	X	R	TA	U310
					M		TALLA	C	C	2. Consejería Nutricional	P	X	R	4	99403
					D	F	Hb	R	R	3.	P	D	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 1º Fila: Control Prenatal, Atención en Medicina o Nutrición
- En la 2º Fila: Dentro de lo recomendado según semana Gestacional
- En la 3º Fila: Dosaje de Hemoglobina
- En la 4º Fila: Anemia por deficiencia de hierro sin especificación
- En la 5º Fila: Administración de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico
- En la 6º Fila: Consejería Nutricional

Tipo de Diagnóstico:

- Para cada Fila marque Tipo “D”.

Ítem LAB:

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

Código CIE/CPT:

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

Primera Atención

DIA	D.N.I.	FINANCIEROS	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTADOC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	10	12									P	D	R		
HISTORIA CLÍNICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
5	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /												
	46284620	2	Lince	26	M	PC	PESO	N	N	1. Atención Prenatal 14 semanas	P	X	R	3	Z3492
		80			M		TALLA			2. Dentro de lo recomendado según semana gestacional	P	X	R		Z006
					D	Pab	Hb	10.5	R	3. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
					A	PC	PESO	N	N	1. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	P	X	LEV		D509
					M		TALLA	C	C	2. Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico	P	X	SF1		U310
					D	F	Hb	R	R	3. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información**Ultima atención: Alta del paciente, concluye manejo terapéutico**

DIA	D.N.I.		FINANCIERIA		DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	EVALUACION ESTADISTICO BLEO SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNOSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	10	12	ETNA	CENTRO POBLADO (*)	26	M					PC	PESO	N	N	1. Control de Puerperio		
05	46284620	2	Lince		<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC				2. Administración de Sulfato Ferroso y ácido fólico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	59430	
		80			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Dosaje de Hemoglobina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TA	U310	
					<input checked="" type="checkbox"/>	A	PESO				1. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PR	D509	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M	TALLA				2. Consejería Nutricional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	8	99403	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Hb	R	R		3.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	D		

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

Sesión Demostrativa Preparación de Alimentos

5/09	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____				P	D	R	ALI	C0010	
	46284620	1	Lince	6	A	M	PC	PESO						N
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				1. Sesión Demostrativa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

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.



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información**En Gestantes:**

Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En la 1º 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 CEFÁLICO 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	HISTORIA CLINICA												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ / _____															
31	46284620	2	Lince	26	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	X	R	ALI	C0010
		80			M		TALLA			2.	P	D	R	G	
					D	Pab	Hb			3.	P	D	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



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información**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 "Vacio"

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.	FINANCIEROS	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLÓBINA	ESTA- BLEC SICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /													
21	46284620	1	Santa Anita	4	A <input checked="" type="checkbox"/> D	M <input checked="" type="checkbox"/> F	PC <input checked="" type="checkbox"/> Pab	PESO TALLA Hb	N <input checked="" type="checkbox"/> R R	N <input checked="" type="checkbox"/> R R 3.	P <input checked="" type="checkbox"/> D D	R R R R	1 99344 Z298

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 "Vacio"



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

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	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			
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO Poblado (*)		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		
21	46284620	1	Lince	4	A M PC D F Pab	PESO TALLA Hb	N N R R	N N R R	1. 2. 3.	Anemia por deficiencia de hierro sin especificación Administración de Hierro Polimaltosado Visita Domiciliaria	P P P	X X X	R R R	1 1 1	D509 U310 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 CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	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			
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO Poblado (*)		NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		
2	46284620	1	Lince	4	A M PC D F Pab	PESO TALLA Hb	6 60 12	N N R R	N N R R	1. 2. 3.	Control de Crecimiento y Desarrollo Dosaje de Hemoglobina	P P P	X X X	R R R	4 1	Z001 85018	

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 arriba¹³ 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 Nutrición¹⁴ 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

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEBALLO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIA GNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	10	2															
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO Poblado (*)		P	D	R										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____																	
2	46284620	1	Lince		6	A M D F Pab	PC	PESO	7.5	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo		P P P	R R R	6 TA 1	Z001 Z298 85018
	TALLA	63						2. Administración de Hierro Polimaltosado									
	Hb	12	R	R				3. Dosaje de hemoglobina									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____																	
					A M D F Pab	PC	PESO		N	N	1. Consejería Nutricional		P P P	R R R	3 1	99403 Z298	
	M						2. Administración de Micronutrientes										
	Hb		R	R			3.										

Término de suplementación con micronutrientes

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:

CONDICIÓN DEL NIÑO	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS (Vía Oral)	PRODUCTO A UTILIZAR	DURACIÓN
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 sí 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.



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

		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.	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		
	1	2		ETNIA	CENTRO Poblado (*)							P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ / _____ / _____																			
5	46284683	1	Lince			3	M		PC	PESO	14	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	1	Z001
							M			TALLA	94	X	X	2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018
							D		Pab	Hb	11	R	R	3. Administración de Micronutrientes	P	X	R	1	Z298

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ / _____ / _____

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		
	1	2		ETNIA	CENTRO Poblado (*)							P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ / _____ / _____																			
							A	M	PC	PESO	14	N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403
							M			TALLA		C	C	2.	P	D	R		
							D	F	Pab	Hb	11	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		
	1	2		ETNIA	CENTRO Poblado (*)							P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ / _____ / _____																			
6	46284683	1	Lince			3	M		PC	PESO	15	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo	P	X	R	7	Z001
							M			TALLA	98	X	X	2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	2	85018
							D	F	Pab	Hb	12	R	R	3. Administración de Micronutrientes	P	X	R	TA	Z298

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ / _____ / _____

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		
	1	2		ETNIA	CENTRO Poblado (*)							P	D	R					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ / _____ / _____																			
							A	M	PC	PESO	15	N	N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	7	99403
							M			TALLA		C	C	2.	P	D	R		
							D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R		



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

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.	ISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO/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	HISTORIA CLINICA								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	
					M		TALLA	94	X	2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	1	85018	
					D	F Pab	Hb	11	R R	3. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	P01	Z298	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																
					A	PC	PESO		N N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403	
					M		TALLA		C C	2.	P	D	R			
					D	F Pab	Hb		R R	3.	P	D	R			

Última Atención

DIA	D.N.I.	FINANC.	ISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO/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	HISTORIA CLINICA								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
					M		TALLA	98	X	2. Dosaje de Hemoglobina	P	X	R	2	85018
					D	F Pab	Hb	12	R R	3. Administración de Hierro Polimaltosado	P	X	R	TA	Z298
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															
					A	PC	PESO		N N	1. Consejería Nutricional	P	X	R	4	99403
					M		TALLA		C C	2.	P	D	R		
					D	F Pab	Hb		R R	3.	P	D	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:



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General de Tecnologías
de la Información

- 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:

DIA	D.N.I.		FINANCIERAS		ESTRÍTO 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							
	D	E	1	2	3	4			5	6	7	8			9	10	11	12	13	14	15			P	D	R				
HISTORIA CLÍNICA		ETNIA		CENTRO POBLADO (*)																										
5	46284683		1		Lince		3	M	F	PC	PESO	14	N	N	1. Control de Crecimiento y Desarrollo				P	X	R	1	Z001							
															TALLA	94	Pab	Hb						11	R	R	2. Dosaje de Hemoglobina			
																											3. Administración de Sulfato Ferroso			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /																
							A	M	PC	PESO	15	N	N	1. Consejería Nutricional				P	X	R	1	99403								
														TALLA	98	Pab	Hb						12	R	R	2.				
																										3.				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /																

Última Atención

AÑO	3	MES	4	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				5	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				6	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				20	21	22																	
				D.N.I.	FINANCIERAS	ESTRÍTO DE PROCEDENCIA	1		2	3	4	5		6	7	8	9				10	11	12	13	14	15	P	D	R								
2018		agosto																		DNI																	
7	6	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT															
														D.N.I.		FINANCIERAS		ESTRÍTO DE PROCEDENCIA		1			2		3		4		5		6		7		8		
														HISTORIA CLÍNICA		ETNIA		CENTRO POBLADO (*)		3			M		PC		PESO		15		N		N		1.		Control de Crecimiento y Desarrollo
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /																							
								M		PC		PESO		15		N		N		1.		Control de Crecimiento y Desarrollo		P		X		R		4		Z001					
								M		PC		PESO		15		N		N		2.		Dosaje de Hemoglobina		P		X		R		2		85018					
								M		PC		PESO		15		N		N		3.		Administración de Sulfato Ferroso		P		X		R		TA		Z298					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:														FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /																							
								A		M		PC		PESO		15		N		N		1.		Consejería Nutricional		P		X		R		4		99403			
								M		PC		PESO		15		N		N		2.		.		.		P		D		R		.		.			
								M		PC		PESO		15		N		N		3.		.		.		P		D		R		.		.			



PERÚ

Ministerio de Salud

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