



INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACION DE LAS ACTIVIDADES DE DEL SERVICIO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH, ITS Y HEPATITIS EN CONTEXTO DE LA EMERGENCIA SANITARIA

En el marco de la emergencia sanitaria COVID-19 el flujo de información y la periodicidad sigue siendo el mismo. Los indicadores trazadores seguirán evaluándose de acuerdo a lo establecidos en el PP016 y en los Planes Institucionales aprobados con Resolución Ministerial.

En la Directiva sanitaria para la continuidad de la atención a personas viviendo con VIH y personas afectadas con ITS en los establecimientos de salud se plasma las estrategias de como telemedicina y visitas domiciliarias para asegurar el acceso a los servicios. El presente instructivo que forma parte integrante del Manual HISMINSA 2019 establece el registro de dichas actividades en el HISMINSA.

1. ATENCIÓN DE SALUD.

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

Con respecto al financiador, para el monitoreo y tele orientación solo se deben consignar 1=Usuario, 2=Seguro integral(SIS), 10=Otros y 11=Exonerados (adultos que no son SIS y no pagan, exonerados por servicio social); eventualmente 3=ESSALUD en el ámbito donde se realice el proceso de intercambio prestacional y 9= privados si el establecimiento de salud cuenta con algún convenio.

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

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

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

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

Si son más de tres diagnósticos y/o actividades lo que se van a registrar, continúe en el siguiente registro y trazar una línea oblicua entre los casilleros de los ítems día hasta donde se dio el servicio.

El ítem diagnóstico, motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.



2. REGISTRO DE TELEMEDICINA (TELEORIENTACION Y TELEMONITOREO)

Los servicios de Tele orientación y Tele monitoreo que se brinda se registran en el formulario HIS al momento de su desarrollo y cuando se concluye en el servicio brindado

EL APlicativo HISMINSA TIENE MÁXIMO DE 20 ACTIVIDADES A REGISTRAR EN UNA MISMA ATENCIÓN

2.1. DEFINICIONES:

- **Telesalud**

Servicio de salud a distancia prestado por personal de la salud competente, a través de las TIC para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles y oportunos a la población.

Asimismo, considera que la aplicación de la Tele salud está involucrada en alguno de los siguientes tres ejes de desarrollo: Telemedicina, Tele gestión y Tele capacitación

- **Tele medicina**

Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, recuperación o rehabilitación prestados por personal de salud que utiliza las TIC con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población.

- **Tele orientación**

Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las TIC, para proporcionar al usuario de la salud consejería y asesoría con fines de promoción de la salud prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.

- **Teleorientador**

Profesional de la Salud que orienta o realiza seguimiento del estado de salud de los pacientes y brinda servicios de Tele monitoreo o Tele orientación.

- **Tele orientación Asíncrona**

El Teleorientador del servicio de Teleorientación que usa las TIC, en tiempo diferido no se encuentra en comunicación directa con el paciente, quiere decir que no está en línea (off-line).



- **Tele orientación Síncrona**

El Teleorientador del servicio de Tele orientación que usa las TIC, consulta o tiene comunicación directa con el paciente en tiempo real a través de una TIC.

- **Telemonitoreo**

Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria, en las instituciones prestadoras de servicios de salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de salud.

2.2. REGISTRO DE LA PRESTACION:

2.2.1. Para el registro en el HIS el número de Historia clínica del usuario en salud, se toma en cuenta en lo estipulado en la **Directiva 286 – 2020/MINSA/DIGTEL y Decreto Legislativo N.º 1490¹** que establece:

El Tele orientador adjunta el FUAT² en la Historia Clínica del paciente todo acto

El teleorientador registra en el campo de Historia clínica en el formato del HIS el N^a de documento de identidad del paciente.

2.3. REGISTRO DE TELEMONITOREO Y TELEORIENTACION.

En el campo lab del HIS no se diferenciará el número de telemonitoreo / teleorientacion, por lo que se dejará en blanco dicho campo y se colocará tipo de diagnóstico D.

VIH Y SIDA

- **Consejería de Soporte a personas que con VIH-SIDA a través de Telemonitoreo.**

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

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

- En el casillero 1°, según corresponda: Infección con VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2°, se registrará la consejería de soporte a personas que viven con VIH/SIDA.

¹ Los procedimientos de atención en telemedicina consideran el consentimiento informado para el tratamiento de datos.

² Se adjunta como anexo y tras la promulgación del DL 1490 se modificará.



- En el casillero 3º y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado **Telemontoreo**.

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque “D” o “R”, según corresponda. En caso de la actividad de Telemontoreo se colocará el diagnóstico “D”

En el ítem **LAB** anote:

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

La IPRESS contacta con los pacientes con VIH (continuadores) para su control y tratamiento respectivo.

	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
D I A	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	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 6	66682502	10	Junín	A 16	M P C	PESO	N N	1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA			P D R		Z21X1		
								TALLA	C C	2. Consejería de Soporte a PVVS					
	43454	58	Junín	D	M X R P a b	Hb	R R	3. Telemontoreo			P B R		99499,1		

La IPRESS contacta con los pacientes con VIH (continuadores) HSH para su control y tratamiento respectivo.

	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
D I A	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	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 6	66682502	10	Junín	A 16	M P C	PESO	N N	2. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA			P D R	HSH	Z21X1		
								TALLA	C C	2. Consejería de Soporte a PVVS					
	43454	58	Junín	D	M X R P a b	Hb	R R	3. Telemontoreo			P B R		99499,1		



- **Telemontitoreo a la persona con VIH-SIDA que abandonan el tratamiento.**

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

- En el casillero 1°, según corresponda: Infección con VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2° se registrará el abandono a la administración del tratamiento
- En el casillero 3° y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado **Telemontitoreo**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el casillero 1° colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general
- En el casillero 1° colocar AB, según corresponda.
- En el 1°, 2°, 3° casilleros no se registrará el número de Tele monitores.

	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
D I A	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								LAB			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ / _____								
2 6	66682502	10	Junín	16	A M F D	P C P a b	PESO	N	N	3. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA	P	D	R	Z21X1
							TALLA			2. Administración de Tratamiento	P	D	R	AB
	43454	58	Junín				Hb	R	R	3. Telemontitoreo	P	B	R	99499,1

- **Consejería de Soporte a personas que con VIH-SIDA a través de Teleorientación.**

Primer contacto:

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

- En el casillero 1°, según corresponda: Infección con VIH sin SIDA o SIDA
- En el casillero 2° se registrará la consejería de soporte a personas que viven con VIH/SIDA.
- En el casillero 3° y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado **Tele orientación**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el casillero 1º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 1º, 2º, 3º casilleros no se registrará el número de Teleorientaciones realizadas.

La IPRESS contacta con el paciente **nuevo** con VIH para brindarle una orientación sobre el **lugar de atención y/o tratamiento**

	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
D I A	D.N.I.	FINANC .	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT
	10	12												
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:								FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ / _____						
2 6	66682502	10	Junín	16	A M M D	P C TALLA Hb	PESO N R	N C R	N C R	1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA	P X R	Z21X1		
	43454	58	Junín		P a b	TALLA Hb	PESO N R	N C R	N C R	2. Consejería de Soporte a PVVS	P X R	99402.16		
										3. Teleorientación sincrónica	P X R	99499.08		

- En el 1º, 2º, 3º casilleros no se registrará el número de Tele orientaciones realizadas.

La IPRESS contacta con el paciente **nuevo** con VIH y que se identifica como HSH para brindarle una orientación sobre el **lugar de atención y/o tratamiento**

	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
D I A	D.N.I.	FINANC .	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT
	10	12												
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:								FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____ / _____						
2 6	66682502	10	Junín	16	A M M D	P C TALLA Hb	PESO N R	N C R	N C R	1. INFECCIÓN POR VIH SIN SIDA	P X R	HSH	Z21X1	
	43454	58	Junín		P a b	TALLA Hb	PESO N R	N C R	N C R	2. Consejería de Soporte a PVVS	P X R	99199.11		
										3. Teleorientación sincrónica	P X R	99499.08		



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- **Tele monitoreo a la persona con Sífilis Genital Primaria que abandonan el tratamiento.**

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

- En el casillero 1°, registrar Sífilis Genital Primaria
- En el casillero 2° se registrará el estado de abandono al tratamiento.
- En el casillero 3° y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado **Telemonitoreo**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el casillero 1º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 1°, 2°, 3° casilleros se registrará el número de Tele monitoreos realizados.

La IPRESS realiza un telemonitoreo a los pacientes que abandonaron el tratamiento para recuperarlos.

	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
D I A	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SE XO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLICIMIENTO MIELENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			
		10	12								P	D	R	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____							
2 6	66682502	10	Junín	16	A M M D	P C P a b	PESO	N	N	1.SÍFILIS GENITAL PRIMARIA	P	D	R	A510
							TALLA	X	X	2.Administración de Tratamiento	P	D	R	AB
	43454	58	Junín				Hb	R	R	3.Telmonitoreo	P	B	R	99499,1

- **Seguimiento de pacientes con sífilis que tienen un perfil de abandonar el tratamiento a través de Telemonitoreo.**



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

- En el casillero 1°, registrar Sífilis Genital Primaria
- En el casillero 2° se registrará identificación de factores de riesgo de abandono al tratamiento de TB, VIH y otros, según corresponda.
- En el casillero 3° y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado **Telemonitoreo**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el casillero 1º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 1°, 2°, 3° casilleros se registrará el número de Tele monitoreos realizados.

	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
D I A	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
		10	12											
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___ / ___ / ___										
2 6	66682502	10	Junín	16	A M M D	P C P a b	PESO	N	N	1.SÍFILIS GENITAL PRIMARIA	P	D	R	A510
										2.Identificar factores de riesgo abandono al tratamiento de TB, VIH y otros				
	43454	58	Junín				TALLA			3.Telemonitoreo				99210.05
							Hb		R	R				99499,1

- **Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave a través de Tele orientación asincrónica.**

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

- En el casillero 1°, registrar Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave
- En el 2° casillero, registrar el servicio realizado **Tele orientación asíncrona**

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el casillero 1º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 1°, 2°, 3° casilleros se registrará el número de Teleorientaciones asíncronas realizadas,



Los pacientes se comunican vía mensajería instantánea con el personal de salud porque han tenido conductas de riesgo y tienen algunos síntomas ante lo cual el personal de salud le brinda directrices para su atención

	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
D I A	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	SE XO	EDAD	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___							
2 6	66682502	10	Junín	16	A M M D	P C P a b	PESO TALLA Hb	N C R	N C R	1.Consulta de Atención Preventiva de ITS/VIH a Población Clave 2.Teleorientación asincrónica	P X P	B X D	R X R	TRA 99402,01 99402,09
	43454	58	Junín											

HEPATITIS B

- **Seguimiento de pacientes con HvB que tienen un perfil de abandonar el tratamiento a través de Telemonitoreo.**

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

- En el casillero 1°, registrar Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin Agente Delta
- En el casillero 2° se registrará identificación de factores de riesgo de abandono al tratamiento de hepatitis y otros, según corresponda.
- En el casillero 3° y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado **Telemonitoreo**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el casillero 1º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En los 2º, 3º casilleros no se registrará el número de Tele monitoreos realizados.

La IPRESS realiza telemonitoreo a los pacientes en tratamiento y sobre todo aquellos que tienen un perfil de abandonar el tratamiento.



	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
D I A	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT	
		10	12								P	D	R		
	HISTORIA CLÍNICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:								FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___ / ___ / ___							
2 6	66682502	10	Junín	16	A M M D	P C TALLA Hb	N N R R	1. HEPATITIS VIRUS TIPO B CRÓNICA, SIN AGENTE DELTA			P D R	B181			
	43454	58	Junín		P a b	2. Identificar factores de riesgo abandono al tratamiento de TB, VIH y otros			P D R	99210.05					
										3. Telemonitoreo	P B R	99499,1			

- **Telemonitoreo a la persona con Hepatitis Virus Tipo B crónica que abandonan el tratamiento.**

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

- En el casillero 1°, registrar Hepatitis Virus Tipo B crónica, sin agente Delta
- En el casillero 2° se registrará la Administración de Tratamiento (AB), según corresponda.
- En el casillero 3° y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado **Telemonitoreo**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el casillero 1º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 1°, 2°, 3° casilleros se registrará el número de Telemonitoreos realizados.

La IPRESS realiza un tele monitoreo a los pacientes que abandonaron el tratamiento para recuperarlos.



	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
D I A	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:								FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___ / ___ / ___						
2 6	66682502	10	Junín	16	A M M D	P C TALLA Hb	N N R R	1. HEPATITIS VIRUS TIPO B CRÓNICA, SIN AGENTE DELTA			P D R	B181		
	43454	58	Junín		P a b	2. Administración de Tratamiento			P D R	AB	99199,11			
								3. Telemonitoreo			P B R	99499,1		

- Consejería de Soporte a personas con Hepatitis Virus Tipo B Crónica, sin agente Delta a través de Telemonitoreo.

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

- En el casillero 1°, Hepatitis Virus Tipo B crónica, sin agente Delta
- En el casillero 2° se registrará la Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B
- En el casillero 3° y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado **Telemonitoreo**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el casillero 1º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 1°, 2°, 3º casilleros se registrará el número de Telemonitoreos realizados.

La IPRESS brinda orientaciones a sus pacientes continuadores para diversos temas como mensajes de lavado de manos y autocuidado en contexto de emergencia sanitaria.



	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
D I A	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:								FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___						
2 6	66682502	10	Junín	16	A M M D	P C TALLA Hb	N N R R	1. HEPATITIS VIRUS TIPO B CRÓNICA, SIN AGENTE DELTA			P D R	B181		
	43454	58	Junín		P a b	2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B			P D R	99402.16				
										3. Telemonitoreo	P R	99499,1		

TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL

- **Seguimiento de gestante continuadora con diagnóstico de Hepatitis a través de Telemonitoreo**

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

- En el 1º casillero se colocará el diagnóstico de Hepatitis Viral que complica el Embarazo, el parto y el puerperio.
- En el 2º casillero se registrará la consejería realizada
- En el casillero 3º y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado **Telemonitoreo**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el casillero 1º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 1º, 2º, 3º casilleros se registrará el número de Telemonitoreos realizados.

La IPRESS realizan un seguimiento de la paciente gestante con hepatitis (continuadora)



	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
D I A	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SE XO	PERIM ETRO CEFALI CO Y ABDO MINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	EST ABL ECI MIE NTO	SER VICI O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			CÓDIGO CIE / CPT	
		10	12								P	D	R		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:								FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___ / ___ / ___							
2 6	66682502	10	Junín	16	A M M D	P C X P a b	PESO TALLA Hb	N X R	N X R	1. HEPATITIS VIRAL QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUEPERIO 2. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B 3. Telemonitoreo	P X P	D X D	R X R	0984 99402.16 99499.1	
	43454	58	Junín												

- **Seguimiento de gestante continuadora con diagnóstico de Sífilis a través de Telemonitoreo**

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

- En el 1º casillero se colocará el diagnóstico de Sífilis que complica el embarazo, el parto y el puerperio.
- En el 2º casillero se registrará la consejería realizada
- En el casillero 3º y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado **Telemonitoreo**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el casillero 1º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 1º, 2º, 3º casilleros se registrará el número de Telemonitoreos realizados.



La IPRESS realizan un seguimiento de la paciente gestante con sífilis en relación a su tratamiento.

	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
D I A	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SE XO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILIDAD MIELENTO	SERVICIO	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 6	66682502	10	Junín	16	A M M D	P C P a b	PESO	N	N	1.SIFILIS QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	P	D	R	0981	
										TALLA					X
	43454	58	Junín				Hb		R	3.Telemonitoreo	P	B	R	99402.16	
														99499,1	

- **Seguimiento de gestante continuadora con diagnóstico de VIH a través de Telemontitoreo**

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

- En el 1º casillero se colocará el diagnóstico de Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que complica el Embarazo, el parto y el puerperio.
- En el 2º casillero se registrará la consejería realizada
- En el casillero 3º y siguientes casilleros se registrarán las actividades adicionales que se realicen, según correspondan.
- En el último casillero, registrar el servicio realizado **Telemontitoreo**.

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

En el ítem **LAB** anote:

- En el casillero 1º colocar el grupo poblacional al que corresponde o deje en blanco cuando se atienda población general.
- En el 2ºy 3º casilleros no se registrará el número de Tele monitoreos realizados.

La IPRESS realiza un seguimiento de la paciente gestante con VIH en relación a su tratamiento.

3. REGISTRO DE VISITA DOMICILIARIA

Ante los pacientes varados el EESS más cercano al paciente continuador con VIH le entrega el tratamiento para su continuidad.



Ante el cumplimiento del distanciamiento social los servicios a la madre con VIH y al recién nacido se le brinda de manera domiciliaria.

	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
D I A	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABL ECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE /CPT
		10	12								P	D	R		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /								
2 6	66682502	10	Junín	16	A	M	PESO	N	N	1. Administración de Tratamiento profiláctico a RN, hijo de Madre VIH (+)	P	D	R	3	99199.14
					M	P C	TALLA	X	X	2. Lactancia artificial RN madre VIH	P	D	R	3	99199.15
		43454	58		Junín	D	P a b	Hb	R	R	3.Hijo de Madre Infectada con VIH	P	B	R	
										1. Visita domiciliaria	P	B	R		C0011
											X	X			



ANEXO Formato Único de Atención de Tele orientación y Tele monitoreo

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN DE TELEORIENTACIÓN Y
TELEMONITOREO - FUAT

Nº:

000001

I. SOLICITUD DE SERVICIOS (Para ser llenado por el teleorientador)

 Teleorientación Telemonitoreo (marque el tipo de servicio a brindar)

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre de IPRESS más cercana al domicilio (Establecimiento de Salud y/o Servicio Médico de Apoyo)	Fecha que solicita el servicio	Hora que solicita el servicio
---	--------------------------------	-------------------------------

Nombres y Apellidos:

Edad:	Sexo:	F	M	DNI	Tipo de seguro del Paciente
-------	-------	---	---	-----	-----------------------------

(*) En caso de no poseer DNI, indicar Pasaporte, Carné de extranjería o Cédula de Identidad.

II. ATENCIÓN DEL SERVICIO DE TELEORIENTACIÓN O TELEMONITOREO

2.1 RESUMEN DE LA SOLICITUD

Nueva	Control	Nº Control	1	2	> 2
-------	---------	------------	---	---	-----

Especificar especialidad (es):

Otros	Especificar:
-------	--------------

2.2 BREVE RESUMEN CLÍNICO (Antecedentes de importancia, enfermedad actual, anamnesis, examen físico, impresión diagnóstica, tratamiento actual, exámenes de apoyo al diagnóstico)

PA	mmHg	FC	x	FR	x	Tº	ºC	Sat O2	%	Peso	Kg	Talla
----	------	----	---	----	---	----	----	--------	---	------	----	-------

Descripción de caso:												
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Para llenar cuando se requiera información complementaria solicitada al paciente: SI LO SUPIERA

2.3 Tratamiento actual	2.4 Exámenes de apoyo al diagnóstico
------------------------	--------------------------------------

3. MOTIVO DE TELEORIENTACION O TELEMONITOREO

1	
2	

4. DATOS DE LA IPRESS

Nombre del IPRESS:	Código Único de RENIPRESS:
Fecha de Teleorientación/Telemonitoreo	Hora de Teleorientación/Telemonitoreo:

5. DIAGNÓSTICO (de acuerdo a las competencias del profesional que brinda el servicio)

Nº	CIE 10	DIAGNÓSTICO	P	D	R
1					
2					

6. RECOMENDACIONES / PLAN / INDICACIONES (de acuerdo a las competencias del profesional que brinda el servicio)

1	
2	

7. DATOS DE TELEORIENTADOR

Nombres y Apellidos:	Firma y sello:
Profesional de Salud /Especialidad/Subespecialidad:	
Nº Colegio profesional/RNE:	

ANEXO Formato de Consentimiento Informado para Tele orientación y Tele monitoreo

**ANEXO N° 04: Formato de Consentimiento Informado para Teleorientación y
Telemonitoreo y Revocatoria de Consentimiento Informado de Teleorientación y
Telemonitoreo**

FORMATO DE CONSENTIMIENTO

Completar en LETRAS MAYÚSCULAS Y LEGIBLES
Yo. (DATOS DEL PACIENTE)

Apellidos y Nombres:			
Con Documento de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería:		Edad:	Fecha:
Nº de Historia Clínica:			
De ser el caso,			
Apellidos y Nombres del Apoderado o Representante Legal:			
Con Documento de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería:			

1

Declaro haber sido informado/a por: (Nombres y Apellidos del profesional responsable de la atención o del personal técnico, técnico y auxiliar asistencial de la salud si no hay un profesional) para

realizar Teleorientación Telemonitoreo, pudiendo incluir una o varias sesiones con el profesional de salud de la IPRESS: _____, para que el paciente reciba recomendaciones del profesional de la salud según el motivo de la Teleorientación o Telemonitoreo.

Asimismo, la IPRESS gestiona la referencia, como resultado de la recomendación que dio el profesional de la salud.

Se me ha informado sobre el objetivo, procedimiento, las ventajas, riesgos potenciales y beneficios de la provisión de servicio de Teleorientación y/o Telemonitoreo. He realizado las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas y con respuestas suficientes y aceptables; así como seré informado antes del inicio de la teleconsulta de la identidad del personal que esté presente física o remotamente y daré mi permiso verbalmente para que pueda ingresar otro personal adicional de requerirse. La realización de la Teleorientación y/o Telemonitoreo será grabada por la IPRESS que realice el servicio.

Consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa legal vigente, doy mi consentimiento para que el acto médico o el acto de salud, según corresponda, se realicen, en mi presencia o incluso en mi ausencia.

Nombre y Firma de paciente o
Apoderado o Representante Legal
Nº de DNI o Carné de extranjería.

Nombre y Firma de paciente o
Apoderado o Representante Legal
N° de DNI o Carné de extranjería:

Huella digital

Firma y sello del profesional de la salud de la IPRESS