

Manual de Registro y Codificación de Atención en la Consulta Externa

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva



Atención Materno Perinatal



Sistema de Información HIS



PERÚ

Ministerio de Salud



Gobierno del Perú



BICENTENARIO DEL PERÚ 2021 - 2024

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

**Dirección de Salud Sexual y Reproductiva:
Atención Materno Perinatal**

Sistema de Información HIS

LIMA-PERÚ

2023

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Materno Perinatal Sistema de Información HIS/ Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas; Lima: Ministerio de Salud; 2022

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

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

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Sexual y Reproductiva – Atención Materno Perinatal (MINSA/OGTI/DGIESP).

Equipo técnico de Trabajo:

Ing. Jorge Luis Córdor Mateo consultor

Dr. Guillermo Atencio La Rosa, Director Ejecutivo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

Obsta. Yesenia Monteza Facho, Equipo técnico de la DSARE

Obsta. Zoila Almonacid Estrella, Equipo técnico de la DSARE

Obsta. Ketty Luis Lopez, Representante de la DIRIS Lima Sur

Obsta. Julia Ormeño Guerre, Representante de la DIRIS Lima Sur

Revisión y Validación

Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo, OGEI/OGTI

Ing. Adhemir Reynel Bellido Delgado, OGEI/OGTI

Lic. Celia Miri Oviedo Rodríguez, OGEI/OGTI

Diseño y Diagramación

Lic. Julie Guillen Ramos, OGEI/OGTI

©MINSa - enero 2023.

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú

Telf.: (51-1) 315-6600

www.gob.pe/minsa

webmaster@minsa.gob.pe

1ra Edición, enero 2023

Versión Digital:



ROSA GUTIERREZ PALOMINO
Ministra de Salud

MARIA ELENA AGUILAR DEL AGUILA
Viceministra de Salud Pública

HENRY SERAFÍN GAMBOA SERPA
Director General de la Dirección General de
Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

MELVIN ANGEL GAGO RODRIGO
Director General de la Oficina General de
Tecnologías de la Información

GUILLERMO LUIS ATENCIO LA ROSA
Director Ejecutivo de la Dirección de
Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección
de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

INTRODUCCIÓN

Actividades más frecuentes.....	06
Instrucciones para el registro y codificación de las actividades de la dirección de salud sexual y reproductiva.....	10
Evaluación del estado nutricional mediante valoración antropométrica.....	14
Exámenes de laboratorio completo.....	16
Tamizaje de bacteriuria asintomática.....	16
Tamizaje de proteinuria.....	17
Tamizaje realizado con pruebas rápidas VIH -sífilis (duales).....	18
Tamizaje para VIH con pruebas rápidas en gestantes (individuales).....	20
Tamizaje con prueba de ELISA en gestantes.....	21
Tamizaje para VIH en trabajo de parto.....	22
Tamizaje para VIH en casos de abortos.....	23
Tamizaje para sífilis con prueba rápida individual en gestantes.....	23
Tamizaje para sífilis con pruebas rápidas individuales en puérperas.....	25
Tamizaje de hepatitis B.....	26
Gestante con resultados de batería de laboratorio completa.....	28
Manejo preventivo de la anemia en mujeres gestantes y puérperas.....	29
Manejo terapéutico de anemia en mujeres gestantes y puérperas.....	32
Suplementación con micronutrientes.....	35
Administración de suplemento de ácido fólico.....	36
Administración de suplemento de sulfato ferroso + ácido fólico.....	36
Administración de suplementación de calcio.....	37
Ecografía obstétrica.....	38
Evaluación de bienestar fetal.....	38
Gestante con atención prenatal reenfocada.....	39
Plan de parto.....	40
Gestante con morbilidad.....	41
Puérpera con morbilidad.....	42
Estimulación prenatal.....	42
Psicoprofilaxis.....	42
Atención del parto.....	43
Atención del puerperio.....	44
Primera atención del puerperio.....	45
Segunda atención del puerperio.....	45
Gestante con plan de parto efectivo.....	45
Actividades preventivas promocionales.....	46
Registro de visita domiciliaria a la puérpera.....	46

ATENCIÓN MATERNO PERINATAL ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad
O080	Aborto séptico
O109	Hipertensión preexistente no especificada, que complica el embarazo
O13X	Pre- eclampsia leve
O140	Preeclampsia leve a moderada
O141	Pre- eclampsia severa
O142	Síndrome de HELLP
O149	Preeclampsia, no especificada
O150	Eclampsia en el embarazo
O152	Eclampsia en el Puerperio
O159	Eclampsia en período no especificado
O200	Amenaza de aborto
O208	Otras hemorragias precoces del embarazo
O209	Hemorragia precoz del embarazo, sin especificación
O210	Hiperémesis gravídica leve o no especificada
O211	Hiperémesis gravídica con trastornos metabólicos
O212	Hiperémesis gravídica tardía
O218	Otros vómitos que complican el embarazo
O219	Vómitos del embarazo, no especificados
O220	Venas varicosas de los miembros inferiores en el embarazo
O221	Várices genitales en el embarazo
O224	Hemorroides en el embarazo
O230	Infeción del riñón en el embarazo
O231	Infeción de la vejiga urinaria en el embarazo
O232	Infeción de la uretra en el embarazo
O233	Infeción de otras partes de las vías urinarias en el embarazo
O234	Infeción no especificada de las vías urinarias en el embarazo
O235	Infeción genital en el embarazo
O239	Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo
O240	Diabetes mellitus preexistente insulín dependiente, en el embarazo
O241	Diabetes mellitus preexistente no insulín dependiente, en el embarazo
O242	Diabetes mellitus preexistente relacionada con desnutrición, en el embarazo
O243	Diabetes mellitus preexistente, sin otra especificación, en el embarazo
O244	Diabetes mellitus que se origina con el embarazo
O249	Diabetes mellitus no especificada, en el embarazo
O25x	Desnutrición en el embarazo
O260	Aumento excesivo de peso en el embarazo. Aumento excesivo de peso en el embarazo
O261	Aumento pequeño de peso en el embarazo (Aumento pequeño de peso en el embarazo)
O262	Atención del embarazo en una abortadora habitual
O264	Herpes gestacional
O265	Síndrome de hipotensión materna
O300	Embarazo doble

Código	Diagnóstico / Actividad
O263	Retención de dispositivo anticonceptivo intrauterino en el embarazo
O309	Embarazo múltiple, no especificado
O310	Feto papiráceo o feto comprimido
O311	Embarazo que continúa después del aborto de un feto o más
O312	Embarazo que continúa después de la muerte intrauterina de un feto o más
O318	Otras complicaciones específicas del embarazo múltiple
O364	Atención materna por muerte intrauterina
O365	Atención materna por déficit del crecimiento fetal
O366	Atención materna por crecimiento fetal excesivo
O367	Atención materna por feto viable en embarazo abdominal

- O471 Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación
- O479 Falso trabajo de parto, sin otra especificación
- O48X Embarazo Prolongado
- O8000 Parto Espontáneo Vertical
- O8001 Parto Espontáneo Horizontal
- O809 Parto único espontáneo sin otra especificación
- O849 Parto múltiple, no especificado
- O861 Otras infecciones genitales consecutivas al parto (cervicitis, vaginitis)
- O85X Sepsis puerperal (endometritis pos parto)
- O860 Infección de herida Quirúrgica Obstétrica
- O862 Infección de las vías urinarias consecutivas al parto
- O342 Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa.
- O368 Atención materna por otros problemas fetales especificados
- O369 Atención materna por problemas fetales no especificados
- O40X Polihidramnios
- O410 Oligohidramnios
- O411 Infección de la bolsa amniótica o de las membranas
- O429 Ruptura prematura de membranas, sin especificación
- O432 Adherencia mórbida de la placenta
- O440 Placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia
- O441 Placenta previa con hemorragia
- O459 Desprendimiento prematuro de placenta sin otra especificación
- O468 Otras hemorragias ante parto
- O470 Amenaza de parto prematuro
- O863 Otras infecciones de las vías genitourinarias consecutivas al parto
- O872 Hemorroides en el puerperio
- O868 Otras infecciones puerperales especificadas
- O879 Complicación venosa en el puerperio, no especificada

ATENCIÓN MATERNO PERINATAL **ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES**

Código Diagnóstico / Actividad

- O909 Complicaciones del puerperio no especificado
- O910 Infecciones del pezón asociada con el parto
- O911 Absceso de la mama asociada con el parto
- O912 Mastitis no purulenta asociada con el parto
- O94 Secuelas de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio
- O980 Tuberculosis que complica el embarazo
- O981 Sífilis que complica el embarazo
- O982 Gonorrea que complica el embarazo
- O983 Otras infecciones con un modo de transmisión predominantemente sexual que complican el embarazo
- O984 Hepatitis viral que complica el embarazo
- O985 Otras enfermedades virales que complican el embarazo
- O986 Enfermedades causadas por protozoarios que complican el embarazo
- O987 Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio
- O988 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias maternas que complican el embarazo
- O989 Enfermedad Infecciosa y parasitaria materna no especificada que complica el embarazo, parto y puerperio
- O990 Anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio
- O991 Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos del sistema inmunitario que complica el embarazo
- O992 Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo
- O993 Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo
- O994 Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo
- O995 Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo
- O996 Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo
- O997 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo que complican el embarazo

O998	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo
P073	RN Pre término
P95X	Muerte fetal (nacido muerto)
R456	Problemas relacionados con la violencia (Tamizaje positivo de violencia)
Z006	Examen para comparación y control normales en Programa de investigación clínica (evaluación nutricional normal/Adecuada ganancia de peso gestacional)
Z320	Embarazo aún no confirma
Z359	Supervisión de embarazo con riesgo

Código Diagnóstico / Actividad

99386.03	Examen clínico de mama
Z349	Supervisión de embarazo normal no especificado
Z3491	Supervisión de embarazo normal 1º trimestre (Atención pre natal)
Z3492	Supervisión de embarazo normal 2º trimestre (Atención pre natal)
Z3493	Supervisión de embarazo normal 3º trimestre (Atención pre natal)
Z3591	Supervisión de embarazo con factor de riesgo 1º trimestre (Atención pre natal)
Z3592	Supervisión de embarazo con factor de riesgo 2º trimestre (Atención pre natal)
Z3593	Supervisión de embarazo con factor de riesgo 3º trimestre (Atención pre natal)
Z370	Nacido vivo, único
Z371	Nacido Muerto, único
Z372	Gemelos, ambos nacidos vivos
Z373	Gemelos, un nacido vivo y un nacido muerto
Z374	Gemelos, ambos nacidos muertos
Z375	Otros nacimientos múltiples, todos nacidos vivos
Z376	Otros nacimientos múltiples, algunos nacidos vivos
Z377	Otros nacimientos múltiples, todos nacidos muertos
Z381	Nacido fuera del hospital único
Z382	A término (producto único en lugar no especificado)
Z384	Nacidos fuera del hospital gemelos
Z387	Nacidos fuera del hospital (varios) 59025 Test no Estresante
59025	Test no estresante fetal. NST
59020	Test de Estrés Fetal
99199.18	Suplementación de ácido fólico (hasta las 13 semanas)
99199.26	Suplementación de Sulfato ferroso y ácido fólico (a partir de las 14 semanas)
59401.05	Suplementación de calcio
59430	Atención postparto solamente (procedimiento separado). Atención de Puerperio
99209.04	Evaluación nutricional antropométrica
76805	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, después del 1er trimestre (> o = a 14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; gestación única o primera
80055.01	Perfil obstétrico primera atención prenatal (Exámenes de laboratorio: Tamizaje de proteínas, Hb, Grupo y Factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH o RPR y Elisa, Urocultivo) 1ra. Batería de análisis (Entrega de resultados).

ATENCIÓN MATERNO PERINATAL ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código Diagnóstico / Actividad

80055.02	Perfil obstétrico atención prenatal posteriores: (Exámenes de laboratorio: Tamizaje de proteínas, Hb, Grupo y Factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH o RPR y Elisa, Urocultivo) 2da. Batería de análisis. (2da Entrega de resultados).
81000.02	Análisis de orina por tira de análisis/reactivo, para bacteriuria asintomática
81007	análisis de orina, bacteriuria, excepto mediante cultivo o tira reactiva

82044	Dosaje de Albúmina en orina, micro albúmina semicuantitativa (p. ej. ensayo con tira reactiva) Tamizaje de Proteinuria.
84590	Suplementación con Vitamina A
85018	Dosaje de Hemoglobina
85018.01	Dosaje de Hemoglobina con hemoglobinómetro
87342	Detección cualitativa de Antígeno de Superficie (HBsAg) del virus de la Hepatitis B por inmunocromatografía en sangre total, plasma y/o suero. (Prueba rápida)
87340	Detección de antígeno de superficie de virus de Hepatitis B (HBsAg) por ELISA
86706	Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAb)
86704	Detección de anticuerpo contra el antígeno de la nucleocápside de la hepatitis B (HBcAb-T)
86705	Anticuerpo contra el antígeno de la nucleocápside de la hepatitis B-HBcAB-IgM
87351	Detección de Age para Hepatitis B (HBeAg)
86707	Anticuerpo contra la hepatitis Be (HBeAb)
86803.01	Detección cualitativa de anticuerpos contra el virus de la Hepatitis C por inmunocromatografía en sangre total, plasma y/o suero. (Prueba rápida)
86803	Detección de Anticuerpos Hepatitis C
86703.01	Prueba rápida anticuerpo (Ac) VIH 1-2 inmunocromatografía
86703.02	Detección cualitativa de antígeno y anticuerpo por inmunocromatografía para VIH 1-2
86318.01	Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual
86689	Anticuerpos; anticuerpo contra HTLV o HIV, prueba de confirmación (Ejemplo: Western blot)
87389	Elisa antígeno y anticuerpo (Ag-Ac) VIH 1-2
86592	Prueba sífilis RPR cualitativa
86593	Prueba sífilis RPR cuantitativa

Código Diagnóstico / Actividad

86780.01	Prueba de sífilis rápida inmunocromatografica cualitativa
86781	Prueba FTA-ABS para sífilis
86318.01	Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual
88141	Citopatología, vaginal o cervical (en cualquier sistema de información), Toma de PAP
96150.01	Tamizaje de Salud Mental en Violencia
99199.11	Administración de Tratamiento
99401.02	Consejería en importancia de la lactancia materna en la primera hora, lactancia materna exclusiva. Técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento de la leche.
99401.33	Consejería Pre-Test para VIH
99401.34	Consejería Post Test para VIH No Reactivo
99403.03	Consejería Post Test para VIH Reactivo
99402.01	Consejería en identificación de signos de alarma durante la gestación, parto y puerperio
99402.05	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis
99402.08	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer
99402.09	Consejería de prevención de riesgos en salud mental
99403.01	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 45 minutos (p. ej. consejería nutricional)
99412.02	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo proporcionados a individuos en grupo, durante aproximadamente 60 minutos. Psicoprofilaxis Obstétrica
94412.01	Estimulación prenatal
99501	visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento
C0009	Sesión Educativa
C0011	Visita familiar integral (visita domiciliaria)
59401.06	Plan de atención de parto
U0031	Actividad de Materno perinatal

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

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

A. ATENCIÓN DE SALUD

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

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

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

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

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

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

SOBRE CONSEJERÍAS:

- **Consejerías nutricionales o en nutrición saludable**, no se enumeran
- **Consejerías de VIH/ITS**, durante el embarazo son 2 y se enumeran (considerando que éstas corresponden al número de batería)
- **Consejerías de Lactancia Materna**, se brindan como mínimo 3 durante el embarazo y 2 durante el puerperio según las siguientes consideraciones:

DURANTE EL EMBARAZO:

- Primer Consejería desde las 25 a las 32 semanas de gestación.
- Segunda Consejería entre las 33 a 36 semanas de gestación.
- Tercer Consejería entre las 37 a 40 semanas de gestación.

EN EL PUEPERIO:

- Cuarta Consejería, en Hospitalización (En puerperio inmediato):
- Quinta Consejería, en la Consulta Externa, durante el control de puerperio.

- **Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer**, se enumeran (Se brindan 2 consejerías)
- **Consejería en riesgo de salud mental**, NO se enumeran

EN LA SUPLEMENTACIÓN:

- En todos los **procedimientos de suplementación**, se deberá brindar una Consejería Nutricional, las que deben ser registradas de manera conjunta.

SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL POR TRIMESTRE:

- **PRIMER TRIMESTRE:** Hasta las 13 semanas de gestación.
- **SEGUNDO TRIMESTRE:** Desde las 14 semanas hasta las 27 semanas de gestación.
- **TERCER TRIMESTRE:** A partir de las 28 semanas hasta las 42 semanas de gestación.

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

ATENCIÓN A LA GESTANTE

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

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

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

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

Actividades a registrar en una primera Atención Prenatal oportuna

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
		2		San Martín de Porras	25	M	PC	PESO			Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	D	R	1	8		Z3591				
						M		TALLA		C	Plan de parto	P	D	R	1			59401.06				
		58				D	F	Pab	Hb	valor	R	R						85018.01				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
						A	M	PC	PESO		N	N	Evaluación nutricional antropométrica	P	D	R			99209.04			
						M		TALLA		C	Gestante con Delgadez	P	D	R		IMC		O25X				
						D	F	Pab	Hb	R	R	Tamizaje de Salud Mental en Violencia	P	D	R			96150.01				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
						A	M	PC	PESO		N	N	Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	D	R			99402.09			
						M		TALLA		C	Suplementación de ácido fólico	P	D	R	1			99199.18				
						D	F	Pab	Hb	R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R			99403.01				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
						A	M	PC	PESO		N	N	Toma de PAP	P	D	R			88141			
						M		TALLA		C	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	D	R	1			99402.08				
						D	F	Pab	Hb	R	R	Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	D	R	RN		81000.02				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
						A	M	PC	PESO		N	N	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R	1		99401.33			
						M		TALLA		C	Detección para VIH-SIFILIS (Prueba Dual)	P	D	R	RN	RN		86318.01				
						D	F	Pab	Hb	R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	R	1		99401.34				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
						A	M	PC	PESO		N	N	Prueba Rápida para Hepatitis B	P	D	R	RN		87342			
						M		TALLA		C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	1			99402.05				
						D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R							

GESTANTE ATENDIDA

Definición Operacional: Es la gestante que acude a su primera atención prenatal en el embarazo actual en cualquier IPRESS del Ministerio de Salud.

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 1, según corresponda.
- En el 2º casillero anote la edad gestacional en semanas.

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

- En el casillero 1º Supervisión de embarazo
 - **NORMAL** **Z3491, Z3492, Z3493**
 - **CON FACTOR DE RIESGO** **Z3591, Z3592, Z3593**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940	1		Huancayo	25	M	PC	PESO			Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	D	R	1	8		Z3591		
	07033940	58				M		TALLA		C	Plan de parto	P	D	R	1			59401.06		
						D	F	Pab	Hb	R		P	D	R						

En el caso de procedimientos realizados a la gestante fuera de la atención pre natal, utilizar en el registro el código Z359/Z349 según corresponda en el PRIMER DIAGNOSTICO

EN LAS SIGUIENTES ATENCIONES PRENATALES

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 2, 3, 4... según corresponda.
- En el 2º casillero anote la edad gestacional en semanas

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940	2		Junín	25	M	PC	PESO		N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	2	12		Z3591		
	07033940	58				M		TALLA			Adecuada ganancia de peso	P	D	R				Z006		
						D	F	Pab	Hb	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01		

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940	2		Junín	25	M	PC	PESO		N	Supervisión de embarazo con riesgo de 16 semanas	P	D	R	3	16		Z3592		
	07033940	58				M		TALLA			Adecuada ganancia de peso	P	D	R				Z006		
						D	F	Pab	Hb	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01		

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940	2		Junín	25	M	PC	PESO		N	Supervisión de embarazo con riesgo de 24 semanas	P	D	R	5	24		Z3592		
	07033940	58				M		TALLA			Adecuada ganancia de peso	P	D	R				Z006		
						D	F	Pab	Hb	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
						A	M	PC	PESO		N	Consejería en importancia de la lactancia materna	P	D	R	1			99401.02	
						M		TALLA		C		P	D	R						
						D	F	Pab	Hb	R		P	D	R						

Cuando se toma Papanicolau, use otro registro:

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal el trimestre de gestación (1, 2, 3) según corresponda.
- En el casillero de la Toma de PAP deje en "BLANCO"
- En el casillero de la Consejería el número de sesión 1, según corresponda

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	08043950		2	Satipo	25	M	M	PC			N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	1	8		Z359	
	08043950		58			M					X	X	Toma de PAP	P	D	R				88141	
						D	F	Pab			R	R	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	D	R	1			99402.08	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
						A	M	PC			N	N	Examen clínico de mama	P	D	R	N			99386.03	
						M					C	C		P	D	R					
						D	F	Pab			R	R		P	D	R					

ENTREGA DE RESULTADO PAP

Resultado Normal

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	08043950		10	Satipo	30	M	M	PC			N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	1	8		Z359	
	08043950		58			M					X	X	Entrega de Resultado PAP	P	D	R	N			88141	
						D	F	Pab			R	R	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	D	R	2			99402.08	

Resultado Anormal

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	08043950		10	Satipo	30	M	M	PC			N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	1	8		Z359	
	08043950		58			M					X	X	Entrega de Resultado PAP	P	D	R	A			88141	
						D	F	Pab			R	R	LIE de Alto Grado	P	D	R				N872	

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

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

ÍNDICE DE MASA CORPORAL PRE GESTACIONAL (IMC).- Sólo debe registrarse en la **Primera Atención Prenatal**, según la siguiente clasificación.

IMC PARA LA EDAD		
CÓDIGO	PUNTO DE CORTE (IMC)	CLASIFICACIÓN
E669	≥ 30.0	Obesidad
E6690	$25.0 < y < 30.0$	Sobrepeso
Z006	$\geq 18.5 < y < 25$	Normal
O25X	< 18.5	Delgadez

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo
- En los siguientes casilleros :

Evaluación nutricional antropométrica,
el Resultado de la Evaluación por IMC
y la Consejería Nutricional

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero Lab1 anote el número "1" que representa la Primera Atención Prenatal.
- En el 2º casillero Lab2 anote la semana de edad gestacional
- En el casillero del resultado de la evaluación nutricional "IMC" para indicar que la evaluación es el resultado del índice de masa corporal pre gestacional
- En el casillero de la consejería nutricional el número de sesión dejar en blanco.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT																									
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º																										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																																												
	07033940		2	Jauja	25	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	8															Z3591											
	07033940		58			M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Evaluación nutricional antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R																99209.04												
						D	F	Pab	Hb		R	R	Gestante con delgadez	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R																O25X												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																																												
						A	M	PC	PESO		N	N	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R																	99403.01											
						M			TALLA		C	C		P	D	R																												
						D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R																												

Modelo de registro de Primera Atención Prenatal a las 12 semanas, registrar de la siguiente manera:

- Deberá registrar la clasificación según **IMC**, así como también la clasificación según **Ganancia de Peso**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT																									
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º																										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																																												
	07033940		2	Jauja	25	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 12 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	12															Z3591											
	07033940		58			M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Evaluación nutricional antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R																	99209.04											
						D	F	Pab	Hb		R	R	Gestante con delgadez	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R																	O25X											
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																																												
						A	M	PC	PESO		N	N	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R																	O261											
						M			TALLA		C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R																	99403.01											
						D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R																												

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

CLASIFICACIÓN DE GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN
O261	Aumento pequeño de peso en el embarazo/baja ganancia de peso gestacional	Baja
Z006	Adecuada ganancia de peso gestacional	Adecuada
O260	Aumento excesivo de peso en el embarazo/alta ganancia de peso gestacional	Alta

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

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

En el ítem: Lab anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	71758430	2	Jauja	33	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 12 semanas	P	D	R	2	12		Z3591
	71758430	58			M		TALLA		X	X	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	D	R				O261
					D	Pab	Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01

EN LAS SIGUIENTES ATENCIONES PRE NATALES:

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	71758430	2	Jauja	33	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 16 semanas	P	D	R	3	16		Z3592
	71758430	58			M		TALLA		X	X	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	D	R				O261
					D	Pab	Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01



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

CUANDO LA GESTANTE ALCANZA SU ESTADO NUTRICIONAL NORMAL

En el ítem: Lab anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	71758430	2	Satipo	33	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 16 semanas	P	D	R	3	16		Z3592
	71758430	58			M		TALLA		X	X	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	D	R	PR			O261
					D	Pab	Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01

EN EL CASO DE UNA GESTANTE CON GANANCIA DE PESO ADECUADA

En la primera evaluación nutricional:

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	07033940	2		Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 12 semanas	P	D	R	2	12		Z3491
	07033940	58			25	M		TALLA		X	X	Adecuada ganancia de peso	P	D	R				Z006
						D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R			

En las siguientes evaluaciones nutricionales con ganancia de peso adecuada

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	07033940	2		Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 20 semanas	P	D	R	3	20		Z3492
	07033940	58			25	M		TALLA		X	X	Adecuada ganancia de peso	P	D	R				Z006
						D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R			

EXÁMENES DE LABORATORIO COMPLETO

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

Se considera:

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

TAMIZAJE DE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

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

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

Según sea el caso podrán registrar los siguientes procedimientos:

- 8100.02** Análisis de orina por tira de análisis/reactivo, para bacteriuria asintomática
- 81002** Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta
- 81007** Análisis de orina, bacteriuria, excepto mediante cultivo o tira reactiva

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

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

Cuando el resultado es negativo:

En el ítem: Lab registre:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
	07033940	2		Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	D	R	1	8		Z3591
	07033940	58			25	M		TALLA		X	X	Plan de parto	P	D	R	1			59401.06
						D	F	Pab	Hb		R	R	Evaluación nutricional antropométrica	P	D	R			

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
				A	M	PC	PESO	N	N	Gestante con delgadez	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC		Q25X
				M			TALLA	C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01
				D	F	Pab	Hb	R	R	Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		81000.02

Cuando el resultado es positivo:

En el ítem: Lab registre:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA									ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
	07033940	2		Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	8	Z3591	
	07033940	58				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	C	Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		59401.06	
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	R	R	Evaluación nutricional antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99209.04
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
						<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO	N	N	Gestante con delgadez	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC		Q25X
						<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01	
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	R	R	Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP		81000.02

TAMIZAJE DE PROTEINURIA

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

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

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

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

Cuando el resultado es negativo:

En el ítem: Lab registre:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA									ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
	07033940	2		Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 20 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	20	Z3492	
	07033940	58				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	C	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			O261	
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
						<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO	N	N	Tamizaje de Proteinuria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		82044
						<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	C	Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		81000.02	
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb	R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

Cuando el resultado es positivo:

En el ítem: Lab registre:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 20 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	20			Z3492								
	07033940		58			M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					O261								
						D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99403.01							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
						A	M	PC	PESO		N	N	Tamizaje de Proteinuria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP				82044							
						M		TALLA		C	C	Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP				81000.02								
						D	F	Pab	Hb		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R												

TAMIZAJE REALIZADO CON PRUEBAS RÁPIDAS VIH-SIFILIS (DUALES)

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

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo
- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, evaluación nutricional, tamizaje de VBG, etc
- En los siguientes casilleros libres
 - Consejería Pre test para VIH
 - Detección cualitativa de anticuerpos por inmunocromatografía para VIH 1-2 y Treponema pallidum (prueba dual) (El prestador podrá anotar **"Detección de VIH-SIFILIS (Prueba Dual)"** para la abreviatura del procedimiento)
 - Consejería Post Test para VIH (No Reactivo o Reactivo) según sea
 - Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 1, 2, 3, 4... según corresponda.
- En los casilleros donde están registradas las Consejerías Pre y Post test y la de Prevención de ITS/VIH, Hepatitis B, anotar:
 - **1** si es la 1ª Batería de laboratorio
 - **2** si es la 2ª Batería de laboratorio
- En los casilleros Lab de la **Prueba Dual** registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado, en el **Lab1** anote el **Resultado para VIH**, y en el **Lab2** el resultado para **Sífilis**:
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es negativo

Primer Tamizaje: en la primera atención pre natal

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo normal de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	8			Z3491								
	07033940		58			M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Evaluación nutricional antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99209.04								
						D	F	Pab	Hb		R	R	Gestante con peso normal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC				Z006							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
						A	M	PC	PESO		N	N	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99403.01							
						M		TALLA		C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				99401.33								
						D	F	Pab	Hb		R	R	Detección de VIH-SIFILIS (Prueba Dual)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	RN		86318.01								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
						A	M	PC	PESO		N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				99401.34							
						M		TALLA		C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				99402.05								
						D	F	Pab	Hb		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R												

Segundo Tamizaje: a partir de la quinta atención pre natal

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo normal de 33 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	33				Z3493								
	07033940		58			M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada ganancia de peso	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>						Z006								
						D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R						99403.01								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
						A	M	PC	PESO		N	N	Consejería Pre Test para VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2					99401.33								
						M			TALLA		C	C	Detección de VIH-SIFILIS (Prueba Dual)	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	RN				86318.01								
						D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2					99401.34								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
						A	M	PC	PESO		N	N	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2						99402.05							
						M			TALLA		C	C		P	D	R														
						D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R														

Tamizaje realizado con pruebas rápidas (DUALES) en púerperas

Sólo se realizará cuando la púerpera no se realizó el tamizaje durante la gestación

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

- En el casillero 1º Control de Puerperio
- En el casillero 4º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 5º Detección cualitativa de anticuerpos por inmunocromatografía para VIH 1-2 y Treponema pallidum (prueba dual) (El prestador podrá anotar **“Detección para VIH-SIFILIS (Prueba Dual)”** para la abreviatura del procedimiento)
- En el casillero 6º la Consejería Post Test de acuerdo al resultado:
 - **NO REACTIVO 99401.34**
 - **REACTIVO 99403.03**

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control de puerperio
- En los casilleros Lab de la **Prueba Dual** registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado, en el **Lab1** anote el **Resultado para VIH**, y en el **Lab2** el resultado para **Sifilis**:
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es negativo

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC		PESO		N	N	Atención postparto Control de púerpera	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1						59430							
	07033940		58			M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TA					99199.26								
						D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R						99403.01								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
						A	M	PC	PESO		N	N	Consejería Pre Test para VIH	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>							99401.33							
						M			TALLA		C	C	Detección de VIH-SIFILIS (Prueba Dual)	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	RN				86318.01								
						D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>						99401.34								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
						A	M	PC	PESO		N	N	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>							99402.05							
						M			TALLA		C	C		P	D	R														
						D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R														

TAMIZAJE PARA VIH CON PRUEBAS RÁPIDAS EN GESTANTES (INDIVIDUALES)



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

1. Prueba Rápida de Anticuerpo para VIH → código "86703.01"
2. Prueba Rápida de Antígeno y Anticuerpo para VIH → código "86703.02"
3. ELISA → código "87389"
4. Western Blot → código "86689"

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

CUANDO SE REALIZA EN LA ATENCIÓN PRENATAL

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo (Z3591)
- En los siguiente casilleros:
 - Consejería Pre test para VIH
 - Detección de VIH- Prueba Rápida
 - Consejería Post Test para VIH (No Reactivo o Reactivo) según sea

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero 1º anote el número de la APN.
- En los casilleros de la Consejería Pre y Post Test
 - "1" si es la 1ª Batería de laboratorio
 - "2" si es la 2ª Batería de laboratorio
- En el casillero del Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado:
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es no reactivo

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo	P	X	R	1	8			Z3591								
	07033940		58			M		TALLA		X	X	Consejería Pre Test para VIH	P	X	R	1				99401.33								
						D	Pab	Hb		R	R	Detección de VIH - Prueba Rápida	P	X	R	RN				86703.01								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
						A	PC	PESO		N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	X	R	1				99401.34								
						M		TALLA		C	C		P	D	R													
						D	Pab	Hb		R	R		P	D	R													

CUANDO LA DETECCIÓN SE REALIZA EN OTRO MOMENTO DISTINTO A LA ATENCIÓN PRENATAL

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo	P	X	R	1	8			Z359								
	07033940		58			M		TALLA		X	X	Consejería Pre Test para VIH	P	X	R	1				99401.33								
						D	Pab	Hb		R	R	Detección de VIH - Prueba Rápida	P	X	R	RP				86703.01								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
						A	PC	PESO		N	N	Consejería Post Test para VIH - Reactivo	P	X	R	1				99403.03								
						M		TALLA		C	C		P	D	R													
						D	Pab	Hb		R	R		P	D	R													



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

Tamizaje para VIH con pruebas rápidas en puérperas

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

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

- En el 1º casillero Control de Puerperio
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH – Prueba Rápida

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de control de puerperio
- En el 3º casillero:
 - **RP** si el resultado es Reactivo
 - **RN** si el resultado es No Reactivo

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC		PESO		N	N	Atención postparto Control de puérpera	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			59430	
	07033940		58			M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99401.33	
						D	Pab		Hb		R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN			86703.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
						A	PC		PESO		N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99403.03	
						M			TALLA		C	C		P	D	R					
						D	Pab		Hb		R	R		P	D	R					

TAMIZAJE CON PRUEBA DE ELISA EN GESTANTES

El personal de salud que se encuentra en los consultorios registra en un primer momento sólo la Consejería Pre Test; al evaluar el resultado debe registrar: [87389] “Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único” la consejería Post Test, toda vez que en laboratorio NO se registra HIS.

En el consultorio:

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

- En el casillero 1º Supervisión de embarazo con riesgo
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH

En el ítem Lab anote:

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

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de Embarazo con Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	8		Z359	
	07033940		58			M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99401.33	
						D	Pab		Hb		R	R		P	D	R					

Cuando retorna con el resultado de Laboratorio

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

- En el casillero 1º Supervisión de embarazo de alto riesgo
- En el casillero 2º Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único:
- En el casillero 3º Consejería Post test para VIH de acuerdo al resultado:
 - **RP** si el resultado es Reactivo
 - **RN** si el resultado es No Reactivo

En el ítem Lab anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	07033940	2		Huancayo	25	M	M	PC			N	N	Supervisión de Embarazo con Riesgo	P	X	R	1	8		Z359
	07033940					M					X	X	Detección de VIH por ELISA	P	X	R	RN			87389
		58				D	F	Pab			R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	X	R	1			99401.34

TAMIZAJE PARA VIH EN TRABAJO DE PARTO

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



El registro es individual y se utilizará “Prueba Rápida” sólo se registrará el resultado utilizando el 2º campo Lab “RSA” de Riesgo Sanitario.

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

- En el casillero 1º Atención de parto vaginal (únicamente) (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto
- En el casillero 2º Consejería Pre Test para VIH
- En el casillero 3º Detección de VIH – Prueba Rápida
- En el casillero 4º Consejería Post test para VIH de acuerdo al resultado:
 - **NO REACTIVO 99401.34**
 - **REACTIVO 99403.03**

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 3º registre la sigla **RN** si el resultado es no reactivo
En el siguiente casillero registre SIEMPRE la sigla “**RSA**” para indicar Riesgo Sanitario

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
	07033940	2		Huancayo	25	M	M	PC			N	N	Consejería Pre Test para VIH	P	X	R				99401.33
	07033940					M					X	X	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	X	R	RN			86703.01
		58				D	F	Pab			R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	X	R	RSA			99401.34

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

Cuando el resultado es REACTIVO

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

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

En el ítem **Lab** anote:

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

- En el siguiente casillero "TAR"

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940	2		Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Consejería Pre Test para VIH	P	X	R				99401.33	
	07033940	58			25	M		TALLA		X	X	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	X	R	RP			86703.01	
						D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería Post Test para VIH Reactivo	P	X	R	RSA			99403.03
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
						A		PESO		N	N	Enfermedad VIH que complica el embarazo, el parto y el puerperio	P	X	R				O987	
						M		TALLA		C	C	Administración de tratamiento	P	X	R	IA	TAR		99199.11	
						D	F	Hb		R	R		P	D	R					



Sólo se registrará el inicio de TARV con "IA" en el campo Lab, en las siguientes atenciones sólo se registrará Administración de Tratamiento y en el campo Lab = TAR
En el caso de gestantes con pruebas reactivas para VIH atendidas en el 1º nivel de atención que no brinden atención integral de TARV serán referidas a una IPRESS de mayor complejidad

TAMIZAJE PARA VIH EN CASOS DE ABORTOS

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

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

En el ítem Lab anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940	2		Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Consejería Pre Test para VIH	P	X	R				99401.33	
	07033940	58			25	M		TALLA		X	X	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	X	R	RN			86703.01	
						D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	X	R	RMA			99401.34

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

TAMIZAJE PARA SÍFILIS CON PRUEBA RÁPIDA INDIVIDUAL EN GESTANTES

Quando se realiza en el consultorio

Registro de Resultado Negativo

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940	2		Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	X	R	1	8		Z3591	
	07033940	58			25	M		TALLA		X	X	Detección de Sífilis – Prueba Rápida	P	X	R	RN			86780.01	
						D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	X	R	1			99402.05

Resultado Positivo

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

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo Alto riesgo
- En el 2º casillero Sífilis que complica el embarazo con tipo de diagnóstico "D", sólo si ningún prestador registró previamente el diagnóstico. En caso contrario, marcar tipo de diagnóstico "R".
- En los siguientes casilleros **Tamizaje y Consejería** marque "D" sólo cuando sea el primer procedimiento en el año, en las siguientes marcar "R"
- En la **Administración de tratamiento** marque "D"

En el ítem: Lab registre:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC			N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	1	8		Z359			
	07033940					M						TALLA							O981			
			58			D	Pab			R	R	Detección de Sífilis - Prueba Rápida	P	D	R	RP			86780.01			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
						A	PC			N	N	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	1			99402.05			
						M						TALLA							99199.11			
						D	F	Pab		R	R	Administración de tratamiento	P	D	R	IA						
												Hb										

Segunda dosis a la semana de la primera dosis

En el ítem: Lab registre:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC			N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	1	9		Z359			
	07033940					M						TALLA							O981			
			58			D	Pab			R	R	Administración de tratamiento	P	D	R	2			99199.11			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
						A	PC			N	N	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R				99402.05			
						M						TALLA										
						D	F	Pab		R	R		P	D	R							
												Hb										

Tercera dosis a la semana de la segunda dosis

En el ítem: Lab registre:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC			N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	1	10		Z359			
	07033940					M						TALLA							O981			
			58			D	Pab			R	R	Administración de tratamiento	P	D	R	TA			99199.11			

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
	A	M	PC		PESO		N	N	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B			P	D	X				99402.05
	M				TALLA		C	C				P	D	R				
	D	F	Pab		Hb		R	R				P	D	R				

Recuerde que las Consejerías sólo contienen el valor que indica el número de Batería de Laboratorio

Resultado Negativo

En el ítem Lab registre:

- En el casillero 1º el número "1" que corresponda a la APN.
- En el casillero 2º "RN" si el resultado es Negativo
- En el casillero 3º:
 - "1" si es la 1º Batería de Laboratorio
 - "2" si es la 2º Batería de Laboratorio

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
	07033940		2	Huancayo	25	X	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo			P	X	R	1	8		Z3591	
	07033940		58			M	X	X		TALLA		X	X	Detección de Sífilis - Prueba Rápida			P	X	R	RN				86780.01
						D	F	Pab		Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B			P	X	R	1				99402.05

Cuando el Tamizaje de Sífilis se realiza con de RPR

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

- En el casillero 1º Gestante con factor de riesgo

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º el número de la atención prenatal según corresponda.
- En el casillero 2º de la evaluación de resultados:
 - RP si el resultado es Positivo
 - RN si el resultado es Negativo
- En el casillero de la Consejería escribir el Nº de Batería de Laboratorio
 - "1" si es la 1ª Batería de Laboratorio
 - "2" si es la 2ª Batería de Laboratorio

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
	07033940		2	Huancayo	25	X	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo			P	X	R	1	8		Z359	
	07033940		58			M	X	X		TALLA		X	X	Detección de Sífilis; cualitativa RPR-VDRL			P	X	R	RN				86592
						D	F	Pab		Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B			P	X	R	1				99402.05

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

TAMIZAJE PARA SÍFILIS CON PRUEBAS RÁPIDAS INDIVIDUALES EN PUERPERAS

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

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

En el ítem: Lab registre:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	07033940	2	Huancayo	25	M	PC		PESO		N	N	Atención postparto Control de puerpera	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		59430				
	07033940	58		25	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detección de Sífilis – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		86780.01				
					D			Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.05			

Cuando el Tamizaje de Sífilis en Púerperas se realiza a través de RPR

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

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

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de control de puerperio
- En el 2º casillero:
 - **RP** si el resultado es Positivo
 - **RN** si el resultado es Negativo
- En el casillero de la Consejería escribir el Nº de Batería de Laboratorio

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	07033940	2	Huancayo	25	M	PC		PESO		N	N	Atención postparto Control de puerpera	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		59430				
	07033940	58		25	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detección de Sífilis; cualitativa RPR-VDRL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		86592				
					D			Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99402.05			

TAMIZAJE DE HEPATITIS B

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

Resultado No Reactivo con prueba rápida de Hepatitis B

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo
 - En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, Evaluación nutricional antropométrica, Tamizaje de VBG, etc
- En los siguientes casilleros en blanco
 - Prueba Rápida de Hepatitis B (con código 87342)
 - Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 1, 2, 3, 4... según corresponda.
- En el casillero de Prueba Rápida de Hepatitis B, registre la sigla que determine el resultado
 - **RP** si el resultado es Positivo
 - **RN** si el resultado es Negativo
- En el casillero de la Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B, registre “1” lo que hará referencia al procedimiento de la Primera Batería.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	07033940	2		Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo normal de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	8		Z3491	
	07033940	58				M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				87342	
						D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99402.05

Resultado Reactivo con prueba rápida de Hepatitis B

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

En el ítem Lab anote:

- En el casillero Prueba Rápida de Hepatitis B, registre la sigla que determine el resultado.
 - RP si el resultado es Reactivo

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	07033940	2		Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo normal de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	8		Z3591	
	07033940	58				M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Prueba Rápida de Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP			87342	
						D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99402.05
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO		N	N	Hepatitis Viral que complica el Embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				O984
						M		TALLA		C	C		P	D	R					
						D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R					

Cuando la gestante inicia tratamiento para Hepatitis B



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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	07033940	2		Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	8		Z359	
	07033940	58				M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis Viral que complica el Embarazo	P	D	R				O984	
						D	F	Pab	Hb		R	R	Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA			99199.11
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO		N	N	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				99402.05
						M		TALLA		C	C		P	D	R					
						D	F	Pab	Hb	R	R		P	D	R					

Gestante continúa con tratamiento para Hepatitis B:

- En el casillero 1º Supervisión de Embarazo Normal/Alto riesgo
- En el casillero 2º Hepatitis Viral que complica el Embarazo
- En el casillero 3º Administración de Tratamiento

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º el trimestre de gestación 1,2,3 según corresponda
- En el casillero 3º anote el número de tratamiento 2, 3, 4 según corresponda

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	07033940	2	Huancayo	25	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo	P	D	R	2	12	Z359				
	07033940	58		25	M	Pab		TALLA		X	X	Hepatitis Viral que complica el Embarazo	P	D	R			O984				
					D		F		Hb		R	R			Administración de Tratamiento	P	D	R	2		99199.11	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
					A	PC		PESO		N	N	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	D	R			99402.05				
					M			TALLA		C	C		P	D	R							
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R							

GESTANTE CON RESULTADOS DE BATERÍA DE LABORATORIO COMPLETA

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especifique la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En el 2º casillero Bateria de Laboratorio de la Gestante
 - **80055.01** cuando se tiene el resultado de la 1ª batería
 - **80055.02** cuando se tiene el resultado de la 2ª batería

En el ítem: Lab anote:

- En el 3º casillero el número de dosaje según corresponda:

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	07033940	2	Huancayo	25	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo normal de 12 semanas	P	D	R	2	12	Z3591				
	07033940	58		25	M	Pab		TALLA		X	X	Bateria de Laboratorio de la Gestante	P	D	R			80055.01				
					D		F		Hb		R	R			Dosaje de hemoglobina	P	D	R	1		85018	

Sólo se registra "Batería de Laboratorio de la Gestante" cuando se cuenta con los resultados de TODOS los exámenes de laboratorio, NO se registra cuando se prescribe la orden para realizarlos.

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

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 según el trimestre de gestación

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																						
	07033940	2	Huancayo	25	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	3	16	Z359				
	07033940	58		25	M	Pab		TALLA		X	X	Bateria de Laboratorio de la Gestante	P	D	R			80055.02				
					D		F		Hb		R	R			Dosaje de hemoglobina	P	D	R	1		85018	

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	P	D	R	1°	2°		3°									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
	07033940	2		Huancayo	25	M	PC			N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 14 semanas	P	D	R	2	14		Z3592									
	07033940	58				M				X	X	Evaluación nutricional antropométrica	P	D	R				99209.04									
						D	F	Pab			R	R	Adecuada ganancia de peso	P	D	R				Z006								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
						A	M	PC			N	N	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01								
						M					C	C	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	D	R	1			99199.26								
						D	F	Pab			R	R	Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	D	R	RN			81000.02								

En la Segunda Medición de Hemoglobina, realizar el registro de la siguiente manera:

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del dosaje el número 2 correspondiente a la **segunda medición** de hemoglobina

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	P	D	R	1°	2°		3°									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
	07033940	2		Huancayo	25	M	PC			N	N	Supervisión de embarazo normal de 26 semanas	P	D	R	6	26		Z3493									
	07033940	58				M				X	X	Adecuada ganancia de peso	P	D	R				Z006									
						D	F	Pab			12.5	R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobímetro	P	D	R	2			85018.01							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
						A	M	PC			N	N	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01								
						M					C	C	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	D	R	4			99199.26								
						D	F	Pab			R	R	Suplementación de calcio	P	D	R	2			59401.05								

En la Tercera Medición de Hemoglobina, realizar el registro de la siguiente manera:

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del dosaje el número 3 correspondiente a la **tercera medición** de hemoglobina

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	P	D	R	1°	2°		3°									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
	07033940	2		Huancayo	25	M	PC			N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 37 semanas	P	D	R	7	37		Z3593									
	07033940	58				M				X	X	Adecuada ganancia de peso	P	D	R				Z006									
						D	F	Pab			R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobímetro	P	D	R	3			85018.01								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
						A	M	PC			N	N	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01								
						M					C	C	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	D	R	6			99199.26								
						D	F	Pab			R	R	Suplementación de calcio	P	D	R	3			59401.05								

En la Cuarta Medición, se realiza en el CONTROL DE PUERPERIO, de la siguiente manera:

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero del dosaje el número 4 correspondiente a la 4ta. medición de hemoglobina

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	07033940	2	Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Atención postparto Control de puerpera	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			59430		
	07033940	58			M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99403.01		
					D		Hb		R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobímetro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4					

1. Cuando el dosaje de hemoglobina se realiza en el Laboratorio, hay dos formas de registro.

En la Atención Prenatal

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo **Z3591**
- En el siguiente casillero dosaje de hemoglobina realizado con código **85018**
- En los otros casilleros anote otras actividades que se realiza durante la atención prenatal

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En los casilleros de las actividades marque "D"

En el ítem: Lab anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	07033940	2	Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 12 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	12		Z3591		
	07033940	58			M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018		
					D		Hb		R	R		P	D	R						

2.- Cuando viene con los resultados del dosaje de hemoglobina en Laboratorio, fuera de la consulta pre natal:

Después o en un momento distinto a la Atención Prenatal

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo **Z359**
- En el 2º casillero dosaje de hemoglobina

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En los casilleros de las actividades marque "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el trimestre del embarazo (1, 2, 3)
- En el casillero del dosaje el número 1 correspondiente a la 1ra. medición de hemoglobina

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	07033940	2	Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	12		Z359		
	07033940	58			M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			85018		
					D		Hb		R	R		P	D	R						

MANEJO TERAPEUTICO DE ANEMIA EN MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS

⇒ El tratamiento de la anemia en gestantes y puerperas con diagnóstico según valores de la tabla se realizara como se indica :

CONDICIÓN DE ANEMIA	DOSIS	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Anemia Leve	120 mg de hierro elemental + 800 ug de Ácido Fólico diario (2 tabletas diarias)	Sulfato ferroso + Ácido Fólico o Hierro Poliotomatoso + Ácido Fólico	Durante 6 meses	Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance valores de de 11 g/dl o mas (valores ajustados a los 1000 msnm)
Anemia Moderada		Hierro Poliotomatoso + Ácido Fólico		
Anemia Severa	Tratar inmediatamente como caso de anemia y referir a un establecimiento de mayor complejidad que brinde atención especializada (hematología y/o ginecología 0 msnm).			

- ⇒ Cuando la hemoglobina de la gestante ó púérpera con anemia alcanza los valores mayores o igual a 11 g/dl (hasta 1000 msnm) se continuará con la misma dosis por el lapso de 3 meses adicionales. Concluido el mismo se continuará con la dosis de prevención hasta los 30 días despues del parto.
- ⇒ En las gestantes con anemia se realizará el dosaje de hemoglobina de manera **mensual**.
- ⇒ **Si a la gestante durante las atenciones prenatales se le diagnostica anemia, se inicia con la suplementación terapéutica, por lo que se debe anotar en el campo Lab el número 1, la cual corresponde a la suplementación terapéutica iniciada (según normatividad vigente).**

Quando se determina el diagnostico de anemia en la Primera Atencion pre natal, registre de la siguiente manera:

En la Primera Medición, realizar el registro de la siguiente manera:

En el ítem: evaluación antropometrica/hemoglobina, anote el resultado de la medición de la hemoglobina **observada**.

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

- En el 1º casillero En el 1º casillero Supervisión de con riesgo
- En el 2º casillero el Plan de parto
- En el 3º casillero el dosaje de hemoglobina
- En el 4º casillero Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio **O990**
- En el 5º casillero Suplementación con sulfato ferroso + ácido fólico
- En el 6º casillero Consejería Nutricional
- En los otros casilleros las actividades correspondientes

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" para las actividades

En el ítem: Lab anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 10 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	10				Z3591							
	07033940		58			M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1					59401.06							
						D	F	Pab	Hb	R	R	Evaluación nutricional antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R						99209.04							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
						A	M	PC	PESO		N	N	Gestante con Delgadez	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC					O25X						

					M	F	Pab	TALLA		C	C	Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018.01
					D	F	Pab	Hb		R	R	Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LEV		O990
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
					A	M	PC	PESO		N	N	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99199.26
					M	F	Pab	TALLA		C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01
					D	F	Pab	Hb		R	R	Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		81000.02
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
					A	M	PC	PESO		N	N	Tamizaje de Salud Mental en Violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			96150.01
					M	F	Pab	TALLA		C	C	Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			9402.09
					D	F	Pab	Hb		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

En las siguientes atenciones prenatales de la gestante con anemia:

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "R" en el casillero del diagnóstico de anemia

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero de Anemia el grado de severidad de la anemia:
 - LEV** = Leve (Hb: 10.0 – 10.9 g/dl)
 - MOD** = Moderado (Hb: 7.0 – 9.9 g/dl)
 - SEV** = Severo (Hb: < 7.0 g/dl)
- En los demás casilleros el número correspondiente a la actividad

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
	07033940	2		Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 14 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	14	Z3592
	07033940	58				M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LEV		O990
						D	F	Pab	Hb		R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
						A	M	PC	PESO		N	N	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99199.26
						M	F	Pab	TALLA		C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01
						D	F	Pab	Hb		R	R	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			O261

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
	07033940	2		Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 18 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	18	Z3592
	07033940	58				M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LEV		O990
						D	F	Pab	Hb		R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
						A	M	PC	PESO		N	N	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3		99199.26
						M	F	Pab	TALLA		C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01
						D	F	Pab	Hb		R	R	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			O261

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 22 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	22	Z3593		
07033940	58		<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	LEV	O990		
			<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	4		85018.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
				<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO		N	N	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	4		99199.26
				<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			99403.01
				<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			O261

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 26 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	5	26	Z3593	
07033940	58		<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	LEV	O990		
			<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	5		85018.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
				<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO		N	N	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	5		99199.26
				<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			99403.01
				<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			O261

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 30 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	6	30	Z3593	
07033940	58		<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	LEV	O990		
			<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	6		85018.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
				<input checked="" type="checkbox"/>	A	M	PC	PESO		N	N	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	6		99199.26
				<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			99403.01
				<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab	Hb		R	R	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			O261

En la gestante con anemia se realizará la determinación de hemoglobina de manera mensual, con el objeto de evaluar la respuesta al tratamiento.

Se anotará "PR" cuando la gestante alcanza el nivel adecuado de hemoglobina ≥ 11 g

Cuando la gestante alcanza el valor normal de hemoglobina

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

- En el 1º casillero En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo especificando las semanas de gestación

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero de la Supervisión del Embarazo, **anotar el número de APN que le corresponde.**
- En el 2º casillero Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio:
 - PR (Paciente Recuperada) cuando la gestante alcanza el valor normal de hemoglobina**
 - En el campo Lab de la suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico dejar en blanco**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 34 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	34	Z3593
07033940	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PR		O990
				D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		Hb		R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobómetro	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7		85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
				A	M	PC		PESO		N	N	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99199.26
				M	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01
				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R			

Quando asiste en un momento distinto de la Atención Prenatal con resultado de hemoglobina y diagnóstico de anemia:

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo **Z359**
- En el 2º casillero Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio **O990**
- En el 3º casillero Dosaje de hemoglobina
- En el 4º casillero Suplementación de sulfato ferroso
- En el 5º casillero la Consejería nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En los casilleros de las actividades marque "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el trimestre del embarazo (1, 2, 3)
- En el casillero del dosaje el número 1 correspondiente a la 1ra. medición de hemoglobina

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	12	Z359						
07033940	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MOD		O990						
				D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		Hb		R	R	Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		85018						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
				A	M	PC		PESO		N	N	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99199.26						
				M	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99403.01						
				D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R									

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

Etapa	Micronutriente	Cantidad	Producto a Utilizar	Tiempo
Gestación	60 mg de hierro elemental + 400 ug. de Ácido Fólico	1 tableta diaria	Sulfato Ferroso/Ácido Fólico o	A partir de la semana 14 de gestación
	120 mg de hierro elemental + 800 ug. de Ácido Fólico	2 tabletas diaria	Sulfato Ferroso/Ácido Fólico o	Gestantes que inician su atención prenatal después de la semana 32

Puerperio	60 mg de hierro elemental + 400 ug. Ácido Fólico	1 tableta diaria	Sulfato Ferroso/Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado/Ácido Fólico	Hasta los 30 días después del parto
------------------	--	------------------	--	-------------------------------------

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

- ⇒ **GESTANTE SUPLEMENTADA CON HIERRO** cuando la gestante recibe un total de **210 tabletas (180 de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico** (a partir de la semana 14 de gestación) y **(30 tabletas de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico)** hasta los 30 días después del parto.
- ⇒ En el caso de que la Gestante iniciara su atención prenatal después de la semana 32, recibirá **2 tabletas diarias de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico**
- ⇒ Además de la entrega del insumo, la gestante recibe la orientación/consejería y evaluación nutricional la misma que queda consignada en el cuaderno de seguimiento, historia clínica y carné materno perinatal.

ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTO DE ÁCIDO FÓLICO

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

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

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

En el ítem: **Lab anote:**

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	8				Z3591								
	07033940		58			M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1					59401.06								
						D	F	Pab	Hb		R	R	Evaluación nutricional antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R						99209.04								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
						A	M	PC			N	N	Gestante con delgadez	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC						Q25X							
						M			TALLA		C	C	Suplementación de ácido fólico (hasta las 13 semanas)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1					99199.18								
						D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R						99403.01								

ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTO DE SULFATO FERROSO + ACIDO FOLICO

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

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En otros casilleros Evaluación nutricional antropométrica, Suplementación de sulfato ferroso + ácido fólico, Consejería utricional, etc.

En el ítem: **Lab anote:**

- En el 1º casillero el número de la atención
- En el casillero de la suplementación la dosis correspondiente 1, 2, 3, 4, 5, 6.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT											
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																														
	07033940		2	Junín			M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 14 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	14					Z3592							

07033940	58		25	M			TALLA				Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	D			O261
				D	F	Pab	Hb		R	R	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	D	R	2	99199.26
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
07033940	2	Huancayo	25	M	PC		PESO		N	N	Suplementación de Calcio	P	D	R	1	59401.05
07033940	58			M			TALLA				Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R		99403.01
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R		

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

Examen de ayuda al diagnóstico que se realiza a la gestante antes de las 20 semanas, en **establecimientos de salud que cuenten con el equipo de ecógrafo**.

Se considera 03 exámenes ecográficos de 15 minutos cada uno:

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

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

En el ítem: Lab anote:

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA BLEC	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
07033940	2	Huancayo	25	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	1	8	Z359
07033940	58			M			TALLA				Ecografía, útero grávido, tiempo real	P	D	R	1		76817
				D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R			

EVALUACIÓN DE BIENESTAR FETAL

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

Se considera:

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

Se considera 02 exámenes:

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

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

En el ítem: Lab anote:

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

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA BLEC	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
07033940	2	Huancayo	25	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	3	16	Z359
07033940				M			TALLA				Test no estresante	P	D	R	1		59025

	58		D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R		P	D	R				
--	----	--	---	-------------------------------------	-----	----	--	---	---	--	---	---	---	--	--	--	--

GESTANTE CON ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

- 1. Definición Operacional:** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.

Lo realiza el Médico Gineco-Obstetra, Médico Cirujano con competencias y Obstetra, con la participación de todo el equipo multidisciplinario; se realiza en todo establecimiento de salud.

La atención debe iniciarse en el primer trimestre de gestación e implica la entrega de un paquete básico compuesto por:

- Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno y su registro en la Historia clínica Materno Perinatal.

Evaluación física, incluye:

- ✓ Examen de mamas,
- ✓ Papanicolaou.
- ✓ Educación para el auto examen de mamas.
- ✓ Orientación/consejería y evaluación nutricional. (Incluye talla y peso).
- ✓ Detección e intervención oportuna de signos de alarma.
- ✓ Examen Gineco obstétrico.
- ✓ Plan de parto.
- ✓ Examen odontológico.
- ✓ Estimulación prenatal. (DIT Desarrollo Infantil temprano) Psicoprofilaxis
- ✓ Tamizaje de Violencia.
- ✓ Exámenes completos de laboratorio.
- ✓ Ecografía (03).
- ✓ Monitoreo materno fetal en el tercer trimestre.
- ✓ Consejería en lactancia materna.
- ✓ Consejería en Planificación familiar
- ✓ Visitas Domiciliarias.
- ✓ Gestante con vacuna dTpa (Tos Ferina): Desde las 27 a las 36 semanas de gestación, una dosis.
- ✓ Gestante con vacuna HvB, Primera dosis a partir de las 20 semanas de gestación, segunda dosis al mes de la primera, tercera dosis al mes de la segunda.
- ✓ Vacuna para H1N1, la gestante recibe una dosis de vacuna para la prevención de influenza estacional a partir de las 20 semanas de gestación, o durante el puerperio.
- ✓ Suplemento de ácido fólico (500 mcg.) durante el primer trimestre, hasta las 13 semanas.
- ✓ Suplemento de hierro (60 mg) más ácido fólico (400 mcg), desde las 14 semanas.
- ✓ Suplemento de calcio 2 gramos v.o. diarios, desde las 20 semanas hasta el final del embarazo.
- **Tamizaje de:**
 - Bacteriuria asintomática (tira reactiva).
 - Sífilis (prueba rápida).
 - VIH (prueba rápida). O pruebas duales.
 - Proteinuria (tira reactiva o ácido sulfosalicílico).
 - Anemia (Hemoglobina con Hemoglobómetro).

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control [*este debe ser el 6º control a más*], el Lab3 **"TA"** para indicar que esta gestante cumple con la condición

D.N.I.	DISTRITO DE	PERIMETRO	EVALUACION	TIPO DE	VALOR
--------	-------------	-----------	------------	---------	-------

DÍA	HISTORIA CLÍNICA GESTANTE/PUERPERA	FINANC. ETNIA	PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	CEFALICO Y ABDOMINA	ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO			LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1°	2°	3°			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC			N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 32 semanas	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	7	32	TA	Z3593	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M				<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Adecuada ganancia de peso	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R				Z006	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab			R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
					<input checked="" type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC			N	N	Suplementación de Sulfato ferroso	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	6			99199.26
					<input checked="" type="checkbox"/> M					C	C		<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R				
					<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab			R	R		<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R				



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

PLAN DE PARTO

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

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

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

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

DÍA	D.N.I. HISTORIA CLÍNICA GESTANTE/PUERPERA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
											P	D	R	1°	2°	3°			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC			N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	1	8		Z3591	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M				<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Plan de parto	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	1			59401.06	
					<input checked="" type="checkbox"/> D		<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab			R	R		<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R			

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

Para la segunda entrevista de plan de parto

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

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

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

En el ítem: Lab, anote:

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

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

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			59401.06		
	07033940	58		25	<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Visita integral familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			C0011		
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb		R	R						P	D	R		

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			59401.06		
	07033940	58		25	<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Visita integral familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			C0011		
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb		R	R						P	D	R		

GESTANTE CON MORBILIDAD

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

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

- En el 1º casillero la patología encontrada

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

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

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

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

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				O234		
	07033940	58		25	<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R						
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb		R	R						P	D	R		

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/ CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	Pre eclampsia Leve	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				O13X		
	07033940	58		25	<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			D	R						
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb		R	R						P	D	R		

PUÉRPERA CON MORBILIDAD

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

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

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

- En el 1º casillero la patología encontrada

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUÉRPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC			N	N	Sepsis puerperal	P	X	R				O85X	
	07033940		58			M				X	X			D	R					
						D	Pab			R	R		P	D	R					

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

En el ítem: DNI/HISTORIA CLÍNICA/GESTANTE/PUÉRPERA: anote “Puérpera” para indicar la condición de la paciente.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUÉRPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC			N	N	Bronquitis aguda, no especificada	P	X	R				J219	
	07033940		58			M				X	X			D	R					
	Puérpera					D	Pab			R	R		P	D	R					



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

ESTIMULACIÓN PRENATAL

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

Utilice un registro por cada gestante

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

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUÉRPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940		2	Huancayo	25	M	PC			N	N	Estimulación Prenatal	P	X	R	1			99412.01	
	07033940		58			M				X	X			D	R					
						D	Pab			R	R		P	D	R					

PSICOPROFILAXIS

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

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

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



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

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

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
	07033940		2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	Psicoprofilaxis Obstétrica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				99412.02							
	07033940		58			<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			D	R												
						<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb		R	R		P	D	R												

ATENCIÓN DEL PARTO

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

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

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

En el ítem: Código, considere lo siguiente:

- Parto Espontáneo Vertical O8000
- Parto Espontáneo Horizontal O8001

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
	07033940		2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	Parto espontaneo vertical	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					O8000							
	07033940		58			<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nacido vivo único		<input checked="" type="checkbox"/>	R					Z370							
						<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab		Hb		R	R		P	D	R												

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

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

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

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

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

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero Lab1 "AE" de Actividad Extramural y en el Lab2 "ST" para indicar que fue atendido por Trabajador de Salud

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT										
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																												
	07033940		2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	Parto espontaneo Horizontal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AE	ST			O8001							
	07033940					<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nacido vivo único		<input checked="" type="checkbox"/>	R					Z370							
						<input checked="" type="checkbox"/> D			Hb		R	R		P	D	R												

	58		D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R		P	D	R			
--	----	--	---	-------------------------------------	-----	----	--	---	---	--	---	---	---	--	--	--

PARTO ATENDIDO EN TRAYECTO A LA IPRESS

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

- En el 1º casillero Atención y Examen Inmediatamente después del Parto
- En el 2º casillero el producto del parto según corresponda:
 - Z381 Nacido Fuera del Hospital Único
 - Z384 Nacidos Fuera del Hospital Gemelos
 - Z387 Nacidos Fuera del Hospital Varios

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero *Lab1* "TRA" para indicar **EN TRAYECTO**, en el *Lab2* **ST** si fue atendido por **Personal de Salud** u **OTR** si fue atendido por **Otros**

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
	40224779	2		La Oroya	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		N	N	Atención y Examen Inmediatamente después del Parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TRA	ST		Z390
	40224779					<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nacido Fuera del Hospital Único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z370
		58				<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA EN HOSPITALIZACION DE PUERPERIO

Consejería en Lactancia Materna en el Puerperio Inmediato.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
	07033940	2		Huancayo	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		N	N	Atención de parto vaginal (únicamente) (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				59410
	07033940					<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería en Lactancia Materna	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			99401.02
		58				<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
	07033940	2		Huancayo	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		N	N	Cesárea, incluyendo atención postparto	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				59515
	07033940					<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería en Lactancia Materna	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			99401.02
		58				<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

ATENCIÓN DEL PUERPERIO

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

Se considera:

- ⇒ 02 atenciones x 20 minutos cada una.
- ⇒ Orientación y consejería en lactancia materna, salud sexual y reproductiva provisión de métodos anticonceptivos.
- ⇒ 30 tabletas de sulfato ferroso + ácido fólico
- ⇒ 01 visita domiciliaria en caso que la puérpera no acuda a su control.
- ⇒ Medición de hemoglobina a los 30 días post parto.

PRIMERA ATENCIÓN DEL PUERPERIO

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA. BLEC.	SER. VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
	07033940	2		Huancayo		<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		N	N	Atención postparto Control de puérpera	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			59430

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	VALOR LAB	CODIGO CIE / CPT				
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
GESTANTE/PUERPERA				A	M	PC	PESO	N	N		P	D	R	1°	2°	3°	
	07033940	58		26	M			X	X	Suplementación de Sulfato ferroso	P	X	R	6			99199.26
					D	F	Pab		R	R	P	X	R				99403.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
					A	M	PC			Consejería en la importancia de la lactancia materna	P	X	R	5			99401.02
					M				C	C	P	D	R				
					D	F	Pab		R	R	P	D	R				

SEGUNDA ATENCIÓN DEL PUERPERIO

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	VALOR LAB	CODIGO CIE / CPT				
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
GESTANTE/PUERPERA				A	M	PC	PESO	N	N		P	D	R	1°	2°	3°	
	07033940	2	Huancayo	26	X	M	PC			Atención postparto Control de puerpera	P	X	R	2			59430
	07033940	58			M				X	X	P	X	R	TA			99199.26
					D	F	Pab		R	R	P	X	R				99403.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
					A	M	PC			Dosaje de hemoglobina con hemoglobímetro	P	X	R	4			85018.01
					M				C	C	P	D	R				
					D	F	Pab		R	R	P	D	R				



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

GESTANTE CON PLAN DE PARTO EFECTIVO

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

En el ítem: Lab en el registro de Plan de parto "TA" de actividad terminada.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	VALOR LAB	CODIGO CIE / CPT				
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
GESTANTE/PUERPERA				A	M	PC	PESO	N	N		P	D	R	1°	2°	3°	
	07033940	2	Huancayo	26	X	M	PC			Atención postparto Control de puerpera	P	X	R	1			59430
	07033940	58			M				X	X	P	X	R	6			99199.26
					D	F	Pab		R	R	P	X	R	4			85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
					A	M	PC			Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	X	R				99403.01
					M				C	C	P	X	R	TA			59401.06
					D	F	Pab		R	R	P	X	R	5			99401.02
					A	M	PC			Consejería en la importancia de la lactancia materna	P	X	R				
					M				C	C	P	D	R				
					D	F	Pab		R	R	P	D	R				

B. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES

VISITA DOMICILIARIA (C0011)

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

Se considera visitas domiciliarias para:

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

REGISTRO DE VISITA DOMICILIARIA A LA GESTANTE

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

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

En el ítem: Lab, anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	07033940		2	Huancayo	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			Z359
	07033940		58			<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Visita Familiar Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			C0011
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

REGISTRO DE VISITA DOMICILIARIA A LA PUERPERA

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

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

En el ítem: Lab, anote:

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

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINA	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
	07033940		2	Huancayo	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	Visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99501
	07033940		58			<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R				
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb		R	R		P	D	R				



PERÚ

Ministerio
de Salud

Ministerio de Salud

Av. Salaverry 801, Jesús María - Lima - Perú
Central: (511) 315-6600