



PERÚ

Ministerio de Salud

REGISTRO HIS ATENCIÓN MATERNA 2023 DSARE



INSTRUMENTOS



REPORTE DE ACTIVIDADES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Componente Materno Perinatal

ATENCIÓN PERINATAL DE EMERGENCIA									
Región	Provincia	Municipio	Unidad	Indicador	Valor	Meta	Observaciones	Estado	Acciones
...

DE GRÁVIDAS									
Región	Provincia	Municipio	Unidad	Indicador	Valor	Meta	Observaciones	Estado	Acciones
...

IV ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES									
Región	Provincia	Municipio	Unidad	Indicador	Valor	Meta	Observaciones	Estado	Acciones
...

SINTAXIS FORMATO_2022

SINTAXIS

MANUAL HIS

NUEVOS CÓDIGOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
85018.01	Tamizaje de hemoglobina con hemoglobinometro
59401.06	Plan de Parto
99209.04	Evaluación nutricional antropométrica
99403.01	Consejería nutricional: Alimentación saludable
99199.18	Suplementación de ácido fólico
99199.26	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico
96150.01	Tamizaje de salud mental en violencia
99402.09	Consejería de prevención de riesgos en salud mental
99402.01	Consejería en identificación de signos de alarma durante la gestación, parto y puerperio (disminución de movimientos fetales, disuria, fiebre, sangrado vaginal, dolor abdominal, cefalea, convulsiones, mareos, tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia, edema, anasarca, pérdida de líquido o cualquier otra emergencia)
86318.01	Detección cualitativa de anticuerpos por inmunocromatografía para VIH 1-2 y Treponema pallidum (Prueba Dual)
86703.01	Detección de VIH – Prueba Rápida
86780.01	Detección de SIFILIS – Prueba Rápida

CONSIDERACIONES GENERALES

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.

HIS 2023 - NUEVA VARIABLE

PESO PREGESTACIONAL

LOTE

PAGINA

ECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS MINSA

1	TURNO		
	M	T	N

2	3	4	5	6																
AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22			
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL -PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMS			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1.	P	D	R				
					M						C	C	2.	P	D	R				
					D	F	P_Pr		Hb		R	R	3.	P	D	R				
2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___																				
					A	M	PC		PESO		N	N	1.	P	D	R				
					M		Pab		TALLA		C	C	2.	P	D	R				
					D	F	P_Pr		Hb		R	R	3.	P	D	R				

ATENCIÓN A LA GESTANTE

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

ACTIVIDADES A REGISTRAR EN UNA PRIMERA ATENCIÓN PRE NATAL OPORTUNA

ANOTAR SIEMPRE EL PUNTO Y DECIMAL

N° DE APN

SEMANA GESTACIONAL

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
		2		San Martín de Porras	25	A M	PC	PESO	44.8	N N	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	D	R	1	8		Z3591
						M	<u>Pab</u>	TALLA	155.5	C	Plan de parto	P	D	R	1			59401.06
		58				D F	<u>P.pr</u>	44.0	<u>Hb</u>	14.5	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobómetro	P	D	R	1		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	<u>Pab</u>	TALLA		C C	Gestante con Delgadez	P	D	R		IMC		O25X
						D F	<u>P.pr</u>	<u>Hb</u>		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	<u>Pab</u>	TALLA		C C	Suplementación de ácido fólico	P	D	R	1			99199.18
						D F	<u>P.pr</u>	<u>Hb</u>		R R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01

ACTIVIDADES A REGISTRAR EN UNA PRIMERA ATENCIÓN PRE NATAL OPORTUNA

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		<u>Pab</u>	TALLA	C	C	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	D	R	1	99402.08
				D	F	<u>P_pr</u>	<u>Hb</u>	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		<u>Pab</u>	TALLA	C	C	Detección para VIH-SIFILIS (Prueba Dual)	P	D	R	RN RN	86318.01
				D	F	<u>P_pr</u>	<u>Hb</u>	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		<u>Pab</u>	TALLA	C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	1	99402.05
				D	F	<u>P_pr</u>	<u>Hb</u>	R	R	Embarazo múltiple	P	D	R		0309

EMBARAZO MÚLTIPLE

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.

- **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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____		
	07033940	1	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	8		Z3591		
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C	Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			59401.06		
					<input checked="" type="checkbox"/> D		<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb	R	R		P	D	R				

- En los otros casilleros anote las actividades como, Evaluación Nutricional, Tamizaje de VBG, Toma de PAP, Tamizaje de bacteriuria, Tamizaje de VIH, Sífilis, Hepatitis B, etc.

IMPORTANTE

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

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	1°	2°	3°					
	ETNIA CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____				
	07033940	2		Junín	25	A	M	PC			PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 12 semanas	P	D	R	2	12		Z3591
	07033940	58				M	F	Pab			TALLA		C	C	Adecuada ganancia de peso	P	D	R				Z006
							D					Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R			

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	1°	2°	3°					
	ETNIA CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____				
	07033940	2		Junín	25	A	M	PC			PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 16 semanas	P	D	R	3	16		Z3592
	07033940	58				M	F	Pab			TALLA		C	C	Adecuada ganancia de peso	P	D	R				Z006
							D					Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R			

REGISTRO DE CONSEJERÍA EN IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

DIA	D.N.I.	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				
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE/PUERPERA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
	07033940	2	Junín	25	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 24 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	25		Z3592
	07033940	58			M					TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada ganancia de peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z006
						D	F	Pab			Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
					A	M	PC			PESO		N	N	Consejería en importancia de la lactancia materna	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99401.02
					M					TALLA		C	C		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				
					D	F	Pab			Hb		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

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										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: ____ / ____ / ____																					
	08043950	10		Satipo	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	8		Z359
	08043950					<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entrega de Resultado PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N			88141
		58				<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab			Hb		R	R	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	P	<input checked="" type="checkbox"/>	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										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: ____ / ____ / ____																					
	08043950	10		Satipo	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	8		Z359
	08043950					<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entrega de Resultado PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A			88141
		58				<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab			Hb		R	R	LIE de Alto Grado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				N872

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

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

IMC PARA LA EDAD

<i>CÓDIGO</i>	<i>PUNTO DE CORTE (IMC)</i>	<i>CLASIFICACIÓN</i>
<i>E669</i>	≥ 30.0	Obesidad
<i>E6690</i>	$25.0 < 30.0$	Sobrepeso
<i>Z006</i>	$\geq 18.5 < 25$	Normal
<i>O25X</i>	< 18.5	Delgadez

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

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/PUERPORA										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		Jauja	25	A					N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	8		Z3591
	07033940					M					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Evaluación nutricional antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99209.04
		58				D	<u>Pab</u>				R	R	<u>Gestante con delgadez</u>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC			O25X
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____			
						A					N	N	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99403.01
						M					C	C		P	D	R				
						D	<u>Pab</u>				R	R		P	D	R				

GANANCIA DE PESO

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

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											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____					
	71758430	2		Jauja	33	A	M	PC			PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 12 semanas	P	D	R	2	12		Z3591	
	71758430					M	F				TALLA		C	C	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	D	R				0261	
		58				D	F	Pab			Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación	P	D	R				99403.01	

GANANCIA DE PESO

Cuando la condición se repite en las siguientes Atenciones Prenatales

DIA	D.N.I.	FINANC. ETNIA	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		CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____			
	71758430	2	Jauja	33	A	M	PC			PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 16 semanas	P	D	R	3	16		Z3592
	71758430	58			M	F				TALLA	C	C	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	D	R				O261
						D	F	Pab			Hb	R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R			

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, el registrar con tipo de diagnóstico “D” en cada control, incrementaría un mismo caso tantas veces como controles tenga la gestante durante el episodio de enfermedad.

CUANDO LA GESTANTE ES RECUPERADA

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____						
	71758430	2	Satipo	33	A M	PC			N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 16 semanas	P	D	R	3	16	Z3592		
	71758430	58			M				C	C	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	D	R	PR		0261		
						F	Pab.			R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R			99403.01	

EXÁMENES DE LABORATORIO COMPLETO

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

Se considera:

- ⇒ **02 baterías de Análisis durante el embarazo** (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 1° 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.

81000.02 *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*

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		CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE/PUERPERA																	ETNIA		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____																				
	07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC			PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	8		Z3591
	07033940	58			M	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			59401.06
						D					Hb	R	R	Evaluación nutricional antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> D	R	IMC			O25X
					M					TALLA	C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99403.01
					D	F	Pab			Hb	R	R	Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN			81000.02

RESULTADO 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	A	M	PC			PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	D	R	1	8		Z3591
	07033940					M					TALLA	C	C	Plan de parto	P	D	R	1			59401.06
		58				D	F	Pab			Hb	R	R	Evaluación nutricional antropométrica	P	D	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	D	R	IMC			O25X
						M					TALLA	C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01
						D	F	Pab			Hb	R	R	Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	D	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 los establecimientos de salud desde el I.1

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		CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____								
	07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC		PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 20 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	4	20		Z3492
	07033940	58			M				TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R				O261
						D	F	Pab		Hb	R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			
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"/> D	R	RN			82044
					M				TALLA	C	C	Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN			81000.02
					D	F	Pab		Hb	R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				

RESULTADO 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		CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____				
	07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC			PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 20 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	4	20		Z3492	
	07033940	58			M					TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R				O261	
						D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab			Hb	R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> 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	Tamizaje de Proteinuria	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RP				82044
					M					TALLA	C	C	Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RP				81000.02
					D	F	Pab			Hb	R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/> D	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.



TAMIZAJE REALIZADO CON PRUEBAS RÁPIDAS VIH-SIFILIS (DUALES)

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										CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	2°		3°		
	GESTANTE/PUERPERA																		ETNIA	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
	07033940	2	Huancayo	25	A	M	PC			PESO	N	N	Supervisión de embarazo normal de 8 semanas	P	D	R	1	8		Z3491
	07033940	58			M	F	Pab			TALLA	C	C	Evaluación nutricional antropométrica	P	D	R				99209.04
					D					Hb	R	R		R	R	Gestante con peso normal	P	D	R	IMC
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	D	R				99403.01
					M					TALLA	C	C	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R	1			99401.33
					D	F	Pab			Hb	R	R	Detección de VIH-SIFILIS (Prueba Dual)	P	D	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	D	R	1			99401.34
					M					TALLA	C	C	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	D	R	1			99402.05
					D	F	Pab			Hb	R	R		P	D	R				

RESULTADOS NEGATIVOS

DETECCIÓN CUALITATIVA DE ANTICUERPOS POR
INMUNOCROMATOGRAFÍA PARA VIH 1-2 Y
TREPONEMA PALLIDUM (PRUEBA DUAL)

EL 1ER LAB REPRESENTA EL RESULTADO DE
LOS ANTICUERPOS DETECTADOS PARA VIH

	1	2		Lab 1	Lab 2	Lab 3	
DETECCIÓN CUALITATIVA DE ANTICUERPOS POR INMUNOCROMATOGRAFÍA PARA VIH 1-2 Y TREPONEMA PALLIDUM (PRUEBA DUAL)			P	RN	RN		86318.01

EL 2DO LAB (RN) REPRESENTA EL RESULTADO DE
LOS ANTICUERPOS DETECTADOS PARA SÍFILIS

RESULTADOS POSITIVO PARA VIH

EL 1ER (RP) LAB REPRESENTA EL RESULTADO DE LOS ANTICUERPOS DETECTADOS PARA VIH

EL 2DO LAB (RN) REPRESENTA EL RESULTADO DE LOS ANTICUERPOS DETECTADOS PARA SÍFILIS

R	3. INMUNOCROMATOGRAFÍA PARA VIH 1-2 Y TREPONEMA PALLIDUM (PRUEBA DUAL)	P	B	R	RP	RN	86318.01
fb: ____/____/____							
N	1. CONSEJERÍA POST TEST PARA VIH REACTIVO	P	B	R	1		99403.03

LA CONSEJERÍA PARA TAMIZAJES REACTIVOS ES 99403.03

SEGUNDO TAMIZAJE: A PARTIR DE LA QUINTA ATENCIÓN PRE NATAL

DIA	D.N.I.	FINANC. ETNIA	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		CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°		
	GESTANTE/PUERPERA																	
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 normal de 33 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	5	33	Z3493
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Adecuada ganancia de peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R			Z006	
						<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab	Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<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	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	2		99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		C	C	Detección de VIH-SIFILIS (Prueba Dual)	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	RN	RN	86318.01	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	2		99401.34
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	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R	2		99402.05
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		C	C		P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R				
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R			

TAMIZAJE REALIZADO CON PRUEBAS RÁPIDAS (DUALES) EN PUÉRPERAS

DIA	D.N.I.	FINANC. ETNIA	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		CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____					
	07033940	2	Huancayo	25	A M	PC	PESO		N	N	Atención postparto Control de puérpera	P	D	R	1		59430
	07033940	58			M		TALLA		C	C	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	D	R	TA		99199.26
					D	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	Consejería Pre Test para VIH	P	D	R		99401.33
					M		TALLA		C	C	Detección de 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		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	R		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)

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°		
	GESTANTE/PUERPERA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
	07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC			PESO		N	N	Supervisión de embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	8		Z3591
	07033940	58			M	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			99401.33
						D					Hb		R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN		
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"/> D	R	1			99401.34
					M					TALLA		C	C		P	D	R				
					D	F	Pab			Hb		R	R		P	D	R				

- En los casilleros de la Consejería Pre y Post Test
- o **“1”** si es la 1º Bateria de laboratorio
- o **“2”** si es la 2º Bateria de laboratorio

RESULTADO 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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	GESTANTE/PUERPERA																		
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	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	8		Z359		
	07033940	58		25	<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			99401.33		
			<input checked="" type="checkbox"/> F		Pab	Hb	R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RP					86703.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____							
					<input checked="" type="checkbox"/> A	PC	PESO	N	N	Consejería Post Test para VIH - Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			99403.03		
					<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	C	C		P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R						
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb	R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R					

LAB (RP) REPRESENTA AL REGISTRO DE UNA PRUEBA CONFIRMATORIA

TAMIZAJE PARA VIH CON PRUEBAS RÁPIDAS EN PUÉRPERAS

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___ / ___ / ___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___ / ___ / ___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___ / ___ / ___									
	07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	Atención postparto Control de puérpera	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			59430
	07033940	58			<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99401.33
						<input type="checkbox"/> D			Hb		R	R	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___ / ___ / ___			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___ / ___ / ___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___ / ___ / ___									
					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M	PC		PESO		N	N	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99403.03
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> Pab		TALLA		C	C		P	<input type="checkbox"/> D	R				
					<input type="checkbox"/> D			Hb		R	R		P	<input type="checkbox"/> D	R				

Sólo se realizará cuando la puérpera no fue tamizada durante la gestación

TAMIZAJE CON PRUEBA DE ELISA EN GESTANTES

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°		
	GESTANTE/PUERPERA																				
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	8		Z359	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99401.33
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb		R	R				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°		
	GESTANTE/PUERPERA																				
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	8		Z359	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Detección de VIH por ELISA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN			87389
					<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb		R	R			Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		

TAMIZAJE PARA VIH EN TRABAJO DE PARTO

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										ETNIA	CENTROPOBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA	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	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.33
	07033940				<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN			86703.01
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb		R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	RSA				99401.34

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

TAMIZAJE REACTIVO PARA VIH EN TRABAJO DE PARTO

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA																			
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	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.33	
	07033940	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Detección de VIH – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP		86703.01
					D	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb		R	R			Consejería Post Test para VIH Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSA	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___ / ___ / ___				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___ / ___ / ___				FECHA DE ULTIMA REGLA: ___ / ___ / ___								
					A	M	PC		PESO		N	N	Enfermedad VIH que complica el embarazo, el parto y el puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			0987	
					M			TALLA		C	C		Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA	TAR	99199.11	
					D	F	Pab	Hb		R	R			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

Además de registrar la sigla “RP”, debe registrar el diagnóstico de la morbilidad *(Si ningún otro profesional lo haya registrado previamente)* y el inicio del Tratamiento Antiretroviral

TAMIZAJE PARA VIH EN CASOS DE ABORTOS

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	GESTANTE/PUERPERA																		
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	Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.33	
	07033940				<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detección de VIH – Prueba Rápida	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		86703.01	
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb	R	R	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	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

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
	07033940	2	Huancayo	25	A	M	PC			PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	1	8		Z3591
	07033940	58		25	M	F				TALLA	C	C	Detección de Sífilis – Prueba Rápida	P	D	R	RN			86780.01
							D	F	Pab			Hb	R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R	1	

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
	07033940	2	Huancayo	25	A	M	PC			PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	1	8		Z359
	07033940	58		25	M	F				TALLA	C	C	Sífilis que complica el embarazo	P	D	R				0981
							D	F	Pab			Hb	R	R	Detección de Sífilis – Prueba Rápida	P	D	R	RP	
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	R	1			99402.05
					M	F				TALLA	C	C	Administración de tratamiento	P	D	R	IA			99199.11
					D	F	Pab			Hb	R	R		P	D	R				

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA SÍFILIS

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											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA																				
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	9		Z359
	07033940					M	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sífilis que complica el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				0981
			58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		Hb		R	R	Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			99199.11

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											ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA																				
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	10		Z359
	07033940					M	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sífilis que complica el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				0981
			58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		Hb		R	R	Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99199.11

CUANDO EL TAMIZAJE DE SÍFILIS EN PUÉRPERAS SE REALIZA A TRAVÉS DE RPR

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	GESTANTE/PUERPERA																		
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	Atención postparto Control de puérpera	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			59430
	07033940	58		25	<input type="checkbox"/> M	Pab				<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> S	Detección de Sífilis; cualitativa RPR-VDRL	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN			86592
					<input type="checkbox"/> D				R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1				99402.05

TAMIZAJE DE HEPATITIS B

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	A	M	PC		PESO	N	N	Supervisión de embarazo normal de 8 semanas	P	D	R	1	8		Z3491
	07033940					M				TALLA	C	C	Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida	P	D	R				87342
			58			D	F	Pab		Hb	R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	D	R	1			99402.05

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	A	M	PC		PESO	N	N	Supervisión de embarazo normal de 8 semanas	P	D	R	1	8		Z3591
	07033940					M				TALLA	C	C	Prueba Rápida de Hepatitis B	P	D	R	RP			87342
			58			D	F	Pab		Hb	R	R	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis	P	D	R	1			99402.05
						A	M	PC		PESO	N	N	Hepatitis Viral que complica el Embarazo	P	D	R				0984
						M				TALLA	C	C		P	D	R				
						D	F	Pab		Hb	R	R		P	D	R				

GESTANTE CON RESULTADOS DE BATERÍA DE LABORATORIO COMPLETA

- **80055.01** cuando se tiene el resultado de la 1º batería
- **80055.02** cuando se tiene el resultado de la 2º batería

DIA	D.N.I.	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	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										P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____				
	07033940	2	Huancayo	25	A	M	PC			PESO		N	N	Supervisión de embarazo normal de 12 semanas	P	D	R	2	12		Z3591
	07033940	58			M	F	Pab			TALLA		C	C	Batería de Laboratorio de la Gestante	P	D	R				80055.01
					D					Hb		R	R	...	P	D	R				

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.

MANEJO PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN MUJERES GESTANTES Y PUERPERAS

Medición de Hemoglobina en gestantes durante la Atención Prenatal

Nº de Dosaje

Edad Gestacional

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

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

PRIMERA MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA

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											P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE/PUERPERA																		ETNIA		CENTRO POBLADO
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____			
	07033940		2	Huancayo	25	A	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	D	R	1	8		Z3591
	07033940		58			M				TALLA		C	C	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	D	R	IMC			O25X
						M				TALLA		C	C	Dosaje de hemoglobina con hemoglobímetro	P	D	R	1			85018.01
						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	1			99402.09
						M				TALLA		C	C		P	D	R				
						D	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R				

PRIMERA SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO + ÁCIDO FÓLICO A LAS 14 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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	GESTANTE/PUERPERA																		
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"/> D	R	2	14		Z3592
	07033940	58		25	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Evaluación nutricional antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99209.04
					D		<input checked="" type="checkbox"/> F		Hb		R	R	Adecuada ganancia de peso	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____							
					A	PC		PESO		N	N	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99403.01
					M	Pab		TALLA		C	C	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			99199.26
					D		<input checked="" type="checkbox"/> F		Hb		R	R	Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	RN		

SEGUNDA 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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°				
	GESTANTE/PUERPERA																						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____								
	07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo normal de 26 semanas			P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	6	26		Z3493	
	07033940	58			<input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> F			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Adecuada ganancia de peso			P	<input type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> R					Z006
					<input type="checkbox"/> D			<u>Pab</u>		Hb	12.5	R	R	<u>Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro</u>			P	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> R	2			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____					FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____								
					<input type="checkbox"/> A	M	PC		PESO		N	N	Consejería nutricional: Alimentación saludable			P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99403.01	
					<input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> F		TALLA		C	C	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico			P	<input type="checkbox"/> D	R	4				99199.26	
					<input type="checkbox"/> D		<u>Pab</u>		Hb		R	R	Suplementación de calcio			P	<input checked="" type="checkbox"/> D		2			59401.05	

TERCERA 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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___ / ___ / ___					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___ / ___ / ___					FECHA DE ULTIMA REGLA: ___ / ___ / ___				
	07033940	2	Huancayo	25	A M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 37 semanas	P	D	R	7	37		Z3593
	07033940	58			M			TALLA		C	C	Adecuada ganancia de peso	P	D	R				Z006
						D F	Pab		Hb		R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro	P	D	R	3		
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	D	R				99403.01
					M			TALLA		C	C	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	D	R	6			99199.26
					D	F	Pab	Hb		R	R	Suplementación de calcio	P	D		3			59401.05

CUARTA 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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____			
	07033940	2	Huancayo	25	A	M	PC		PESO		N	N	Atención postparto Control de puérpera	P	D	R	2			59430
	07033940	58			M	A			TALLA		C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01
			D		A	Pab			Hb		R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro	P	D	R	4			85018.01

CUANDO ASISTE CON LOS RESULTADOS DEL DOSAJE DE HEMOGLOBINA EN LABORATORIO, EN UN MOMENTO DISTINTO AL DE LA CONSULTA 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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA																			
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"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	
						D	<input checked="" type="checkbox"/>			Hb		R	R		P	D	R			

MANEJO TERAPEUTICO DE ANEMIA EN MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS

⇒ El tratamiento de la anemia en gestantes y puérperas con diagnostico 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	Sulfato ferroso + Ácido Fólico o Hierro Politomatoso	Durante 6 meses	Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance valores de
Anemia Moderada	+ 800 ug de Ácido Fólico diario (2 tabletas diarias)	+ Ácido Fólico Hierro Politomatoso + Ácido Fólico		de 11 g/dl o mas (valores ajustados a los 1000 msnm)
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 SE DETERMINA EL DIAGNOSTICO DE ANEMIA EN LA PRIMERA ATENCION 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 con riesgo de 10 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	10		Z3591	
	07033940					M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			59401.06	
		58				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		TALLA		C	C	Dosaje de hemoglobina con hemoglobímetro	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		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		TALLA		C	C	Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			9402.09	
						D	F	Pab	Hb	R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					

EN LAS SIGUIENTES ATENCIONES

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										P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA																	ETNIA	CENTRO POBLADO
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____		
	07033940	2	Huancayo	25	A M	PC	PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 14 semanas	P	D	R	2	14		Z3592	
	07033940	58			M	F	TALLA		C	C	Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	D	R	LEV			O990	
						D	Pab	Hb		R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobínometro	P	D	R	2			85018.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____		
					A	M	PESO		N	N	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	D	R	2			99199.26	
					M		TALLA		C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01	
					D	F	Hb		R	R	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	D	R				O261	

EN LAS SIGUIENTES ATENCIONES

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	A	M	PC			PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 18 semanas	P	D	R	3	18		Z3592	
	07033940	58			M	F				TALLA	C	C	Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	D	R	LEV				O990
					D	F	Pab			Hb	R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro	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			PESO	N	N	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	D	R	3				99199.26
					M	F				TALLA	C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R					99403.01
					D	F	Pab			Hb	R	R	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	D	R					O261



PERU

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	1°	2°	3°				
	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
	07033940	2		Huancayo	25	A	M	PC			PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 22 semanas	P	D	R	4	22		Z3593
	07033940	58				M	F	Pab			TALLA	C	C	Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	D	R	LEV			O990
						D	F	Pab			Hb	R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro	P	D	R	4			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	D	R	4			99199.26
						M	F	Pab			TALLA	C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01
						D	F	Pab			Hb	R	R	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	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										P	D	R	1°	2°	3°				
	CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
	07033940	2		Huancayo	25	A	M	PC			PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 26 semanas	P	D	R	5	26		Z3593
	07033940	58				M	F	Pab			TALLA	C	C	Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	D	R	LEV			O990
						D	F	Pab			Hb	R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro	P	D	R	5			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	D	R	5			99199.26
						M	F	Pab			TALLA	C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01
						D	F	Pab			Hb	R	R	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	D	R				O261

SUPLEMENTACION N° 6 DE SULFATO FERROSO MANEJO TERAPÉUTICO DE LA ANEMIA EN GESTANTE

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____						
	07033940	2	Huancayo	25	A M	PC		PESO		N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 30 semanas	P	D	R	6	30		Z3593
	07033940	58			M	F	Pab	TALLA		C	C	Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	D	R	LEV			O990
					D			Hb		R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro	P	D	R	6			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	D	R	6			99199.26
					M			TALLA		C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				99403.01
					D	F	Pab	Hb		R	R	Aumento pequeño de peso en el embarazo	P	D	R				O261

CUANDO LA GESTANTE ALCANZA EL VALOR NORMAL 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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____		
	07033940	2	Huancayo	25	A M	PC			N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 34 semanas	P	D	R	7	34		Z3593	
	07033940	58			M				C	C	Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	D	R	PR			O990	
					D	F	Pab		R	R	Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro	P	D	R	7			85018.01	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____		
					A	M	PC			N	N	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	P	D	R			99199.26	
					M					C	C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R			99403.01	
					D	F	Pab		R	R		P	D	R					

Deberá anotar "PR" en el LAB cuando la gestante alcanza el nivel adecuado de hemoglobina ≥ 11 g

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

GESTANTE SUPLEMENTADA

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

ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTO DE ÁCIDO FÓLICO

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"/> A	M	PC		PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	8		Z3591
	07033940	58			M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1				59401.06
					D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb	R	R	Evaluación nutricional antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	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"/> D	R	IMC			O25X
					M			TALLA	C	C	Suplementación de ácido fólico (hasta las 13 semanas)	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1				99199.18
					D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb	R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R					99403.01

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

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

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

Se considera 03 exámenes ecográficos de 15 minutos cada uno:

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

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	GESTANTE/PUERPERA																		
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	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	8		Z359	
	07033940				<input checked="" type="checkbox"/> M				<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Ecografía, útero grávido, tiempo real	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			76817	
		58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab			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.

Se considera:

- ⇒ Monitoreo electrónico fetal no estresante y test estresante es a partir de establecimiento FONB.
- ⇒ Ecografía de bienestar fetal según el caso.
 - Test de Estrés Fetal **59020**
 - Test No Estresante **59025**

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		CENTRO POBLADO								P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE/PUERPERA																	ETNIA		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____			
	07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC			PESO	N	N	Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	3	16		Z359
	07033940	58		25	M	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Test no estresante	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			59025
								D					Hb	R	R		P	D	R	

GESTANTE CON ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

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

GESTANTE CON ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	GESTANTE/PUERPERA																		
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 32 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	7	32	TA	Z3593
	07033940	58		25	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Adecuada ganancia de peso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R					Z006
					D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb		R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____							
					A		PESO		N	N	Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	6				99199.26
					M	PC	TALLA		C	C		P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R					
					D	F	Hb		R	R		P	D	R					

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).

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ / ____ / ____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____			
	07033940	2	Huancayo	25	<input checked="" type="checkbox"/> F	M	PC		PESO		N	N	Estimulación Prenatal	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			99412.01
	07033940				M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C				D	R				
		58			D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb		R	R			P	D	R				

PSICOPROFILAXIS

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					<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			D	R				
			58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab			Hb		R	R		P	D	R				

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.

ATENCIÓN DEL PARTO

ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL: Solo deben registrar en el HIS las **IPRESS** que **NO** cuentan con camas de internamiento y se presenta el **parto inminente** en el consultorio.

- Parto Espontáneo Vertical 08000
- Parto Espontáneo Horizontal 08001

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
	GESTANTE/PUERPERA																
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	Parto espontaneo vertical	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			08000
	07033940				M				<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Nacido vivo único		<input checked="" type="checkbox"/> D	R			Z370
		58			<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab			R	R		P	D	R			

ATENCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO

Cuando el personal de salud atiende el parto en el domicilio, SOLO EN CASOS DE EMERGENCIA..

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero Lab1 “**AE**” de Actividad Extramural
- En el 2º casillero Lab2 “**ST**” para indicar que fue atendido por Personal 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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
	07033940	2	Huancayo	25	A	M	PC		PESO	N	N	Parto espontaneo Horizontal	P	D	R	AE	ST		O8001
	07033940				M				TALLA	C	C	Nacido vivo único		D	R				Z370
		58			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.

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	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	1°	2°	3°						
	CENTRO POBLADO		ETNIA																				
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					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería en Lactancia Materna	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	4			99401.02
		58				D	<input checked="" type="checkbox"/>	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	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	1°	2°	3°						
	CENTRO POBLADO		ETNIA																				
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					M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Consejería en Lactancia Materna	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	4			99401.02
		58				D	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab		Hb		R	R		P	D	R					

PRIMERA ATENCIÓN DEL PUERPERIO

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	GESTANTE/PUERPERA																		
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			N	N	Atención postparto Control de puérpera	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			59430	
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M				<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Suplementación de Sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	7			99199.26	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> Pab			R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99403.01
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	<input checked="" type="checkbox"/> PC			N	N	Consejería en la importancia de la lactancia materna	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	5			99401.02
					<input checked="" type="checkbox"/> M					<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C		P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				
					<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> Pab			<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R		P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				

GESTANTE CON PLAN DE PARTO EFECTIVO

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

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										P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE/PUERPERA																	ETNIA	CENTRO POBLADO	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
	07033940	2	Huancayo	26	A	M	PC			PESO	N	N	Atención postparto Control de puérpera	P	D	R	1			59430
	07033940	58			M					TALLA	C	C	Suplementación de Sulfato ferroso	P	D	R	7			99199.26
					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	Plan de parto	P	D	R	TA			59401.06
					M					TALLA	C	C	Consejería en la importancia de la lactancia materna	P	D	R	5			99401.02
					D	F	Pab			Hb	R	R		P	D	R				

ACTIVIDADES A TRAVÉS DE TELEMEDICINA

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		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	2°		3°		
	GESTANTE/PUERPERA																			
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	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			Z359
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M					TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99403.01
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab			Hb	R	R	Consejería de Identificación de Signos de Alarma	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99402.01
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	Telemonitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99499.10
					<input checked="" type="checkbox"/> M					TALLA	C	C		P	D	R				
					<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	ESTABLEC	SERVICIO	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	1°	2°		3°		
	GESTANTE/PUERPERA																			
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	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1			Z359
	07033940	58			<input checked="" type="checkbox"/> M					TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	Consejería en la importancia de la lactancia materna	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99401.02
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab			Hb	R	R	Consejería nutricional: Alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	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	Telemonitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				99499.10
					<input checked="" type="checkbox"/> M					TALLA	C	C		P	D	R				
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab			Hb	R	R		P	D	R				

¡Gracias!

**DIRECCIÓN DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**



EXPOSITOR:

Ing° Jorge Luis CÓNDR MATEO

Celular: 984760742