

MANUAL

Registro y Codificación de Atención en la Consulta Externa

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

2023

Atención Materno Perinatal

Sistema de Información HIS

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

2023

Atención Materno Perinatal

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Materno Perinatal Sistema de Información HIS/ Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas; Lima: Ministerio de Salud; 2023

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

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

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

Equipo técnico de Trabajo:

Ing. Jorge Luis Cóndor Mateo, Consultor

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

Obsta. Yesenia Monteza Facho, Equipo técnico de la DSARE

Obsta. Zoila Almonacid Estrella, Equipo técnico de la DSARE

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

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

Revisión y Validación

Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga, Director Ejecutivo de la Oficina de Gestión de la Información/OGTI

Ing. Adhemir Reynel Bellido Delgado, OGEI/OGTI

Lic. Celia Miri Oviedo Rodríguez, OGEI/OGTI

Diseño y Diagramación

Lic. Julie Guillen Ramos, OGEI/OGTI

Alan Baca Maldonado, OGEI/OGTI

©MINSA - marzo 2023.

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú

Telf.: (51-1) 315-6600

www.gob.pe/minsa

webmaster@minsa.gob.pe

2da Edición, marzo 2023



ROSA BERTHA GUTIÉRREZ PALOMINO
Ministra de Salud

KARIM JACQUELINE PARDO RUIZ
Viceministra de Salud Pública

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

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

MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ REYES
Director General de la Oficina General de
Tecnologías de la Información

LUIS PEDRO VALERIANO ARTEAGA
Director Ejecutivo de la Oficina de
Gestión de la Información

INTRODUCCIÓN

| | |
|---|----|
| Actividades más frecuentes | 06 |
| Instrucciones para el registro y codificación de las actividades de la dirección de salud sexual y reproductiva | 10 |
| Formato HIS 2023 | 11 |
| Evaluación del estado nutricional mediante valoración antropométrica | 15 |
| Exámenes de laboratorio completo | 17 |
| Tamizaje de bacteriuria asintomática | 18 |
| Tamizaje de proteinuria | 19 |
| Tamizaje realizado con pruebas rápidas VIH -sífilis (duales) | 20 |
| Tamizaje para VIH con pruebas rápidas en gestantes (individuales) | 22 |
| Tamizaje con prueba de ELISA en gestantes | 24 |
| Tamizaje para VIH en trabajo de parto | 25 |
| Tamizaje para VIH en casos de abortos | 26 |
| Tamizaje para sífilis con prueba rápida individual en gestantes | 26 |
| Tamizaje para sífilis con pruebas rápidas individuales en puérperas | 29 |
| Tamizaje de hepatitis B | 29 |
| Gestante con resultados de batería de laboratorio completa | 31 |
| Manejo preventivo de la anemia en mujeres gestantes y puérperas | 33 |
| Manejo terapéutico de anemia en mujeres gestantes y puérperas | 36 |
| Suplementación con micronutrientes | 40 |
| Administración de suplemento de ácido fólico | 40 |
| Administración de suplemento de sulfato ferroso + ácido fólico | 41 |
| Administración de suplementación de calcio | 42 |
| Ecografía obstétrica | 43 |
| Evaluación de bienestar fetal | 43 |
| Gestante con atención prenatal reenforcada | 44 |
| Plan de parto | 45 |
| Gestante con morbilidad | 46 |
| Puérpera con morbilidad | 47 |
| Estimulación prenatal | 48 |
| Psicoprofilaxis | 48 |
| Atención del parto | 49 |
| Atención del puerperio | 51 |
| Primera atención del puerperio | 51 |
| Segunda atención del puerperio | 51 |
| Gestante con plan de parto efectivo | 52 |
| Actividades preventivas promocionales | 52 |
| Registro de visita domiciliaria a la Gestante | 52 |
| Registro de visita domiciliaria a la Puérpera | 53 |

ATENCIÓN MATERNO PERINATAL ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código Diagnóstico / Actividad

| | |
|------|---|
| O080 | Aborto séptico |
| O109 | Hipertensión preexistente no especificada, que complica el embarazo |
| O13X | Pre- eclampsia leve |
| O140 | Preeclampsia leve a moderada |
| O141 | Pre- eclampsia severa |
| O142 | Síndrome de HELLP |
| O149 | Preeclampsia, no especificada |
| O150 | Eclampsia en el embarazo |
| O152 | Eclampsia en el Puerperio |
| O159 | Eclampsia en período no especificado |
| O200 | Amenaza de aborto |
| O208 | Otras hemorragias precoces del embarazo |
| O209 | Hemorragia precoz del embarazo, sin especificación |
| O210 | Hiperémesis gravídica leve o no especificada |
| O211 | Hiperémesis gravídica con trastornos metabólicos |
| O212 | Hiperémesis gravídica tardía |
| O218 | Otros vómitos que complican el embarazo |
| O219 | Vómitos del embarazo, no especificados |
| O220 | Venas varicosas de los miembros inferiores en el embarazo |
| O221 | Várices genitales en el embarazo |
| O224 | Hemorroides en el embarazo |
| O230 | Infección del riñón en el embarazo |
| O231 | Infección de la vejiga urinaria en el embarazo |
| O232 | Infección de la uretra en el embarazo |
| O233 | Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo |
| O234 | Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo |
| O235 | Infección genital en el embarazo |
| O239 | Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo |
| O240 | Diabetes mellitus preexistente insulínoddependiente, en el embarazo |
| O241 | Diabetes mellitus preexistente no insulínoddependiente, en el embarazo |
| O242 | Diabetes mellitus preexistente relacionada con desnutrición, en el embarazo |
| O243 | Diabetes mellitus preexistente, sin otra especificación, en el embarazo |
| O244 | Diabetes mellitus que se origina con el embarazo |
| O249 | Diabetes mellitus no especificada, en el embarazo |
| O25x | Desnutrición en el embarazo |
| O260 | Aumento excesivo de peso en el embarazo. Aumento excesivo de peso en el embarazo |
| O261 | Aumento pequeño de peso en el embarazo (Aumento pequeño de peso en el embarazo) |
| O262 | Atención del embarazo en una abortadora habitual |
| O264 | Herpes gestacional |
| O265 | Síndrome de hipotensión materna |
| O300 | Embarazo doble |
| O263 | Retención de dispositivo anticonceptivo intrauterino en el embarazo |
| O309 | Embarazo múltiple, no especificado |
| O310 | Feto papiráceo o feto comprimido |
| O311 | Embarazo que continúa después del aborto de un feto o más |
| O312 | Embarazo que continúa después de la muerte intrauterina de un feto o más |
| O318 | Otras complicaciones específicas del embarazo múltiple |
| O364 | Atención materna por muerte intrauterina |
| O365 | Atención materna por déficit del crecimiento fetal |
| O366 | Atención materna por crecimiento fetal excesivo |
| O367 | Atención materna por feto viable en embarazo abdominal |
| O471 | Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación |
| O479 | Falso trabajo de parto, sin otra especificación |
| O48X | Embarazo Prolongado |

Código Diagnóstico / Actividad

| | |
|-------|---|
| O8000 | Parto Espontáneo Vertical |
| O8001 | Parto Espontáneo Horizontal |
| O809 | Parto único espontáneo sin otra especificación |
| O849 | Parto múltiple, no especificado |
| O861 | Otras infecciones genitales consecutivas al parto (cervicitis, vaginitis) |
| O85X | Sepsis puerperal (endometritis pos parto) |
| O860 | Infección de herida Quirúrgica Obstétrica |
| O862 | Infección de las vías urinarias consecutivas al parto |
| O342 | Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa. |
| O368 | Atención materna por otros problemas fetales especificados |
| O369 | Atención materna por problemas fetales no especificados |
| O40X | Polihidramnios |
| O410 | Oligohidramnios |
| O411 | Infección de la bolsa amniótica o de las membranas |
| O429 | Ruptura prematura de membranas, sin especificación |
| O432 | Adherencia mórbida de la placenta |
| O440 | Placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia |
| O441 | Placenta previa con hemorragia |
| O459 | Desprendimiento prematuro de placenta sin otra especificación |
| O468 | Otras hemorragias ante parto |
| O470 | Amenaza de parto prematuro |
| O863 | Otras infecciones de las vías genitourinarias consecutivas al parto |
| O872 | Hemorroides en el puerperio |
| O868 | Otras infecciones puerperales especificadas |
| O879 | Complicación venosa en el puerperio, no especificada |
| O909 | Complicaciones del puerperio no especificado |
| O910 | Infecciones del pezón asociada con el parto |
| O911 | Absceso de la mama asociada con el parto |
| O912 | Mastitis no purulenta asociada con el parto |
| O94 | Secuelas de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio |
| O980 | Tuberculosis que complica el embarazo |
| O981 | Sífilis que complica el embarazo |
| O982 | Gonorrea que complica el embarazo |
| O983 | Otras infecciones con un modo de transmisión predominantemente sexual que complican el embarazo |
| O984 | Hepatitis viral que complica el embarazo |
| O985 | Otras enfermedades virales que complican el embarazo |
| O986 | Enfermedades causadas por protozoarios que complican el embarazo |
| O987 | Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio |
| O988 | Otras enfermedades infecciosas y parasitarias maternas que complican el embarazo |
| O989 | Enfermedad Infecciosa y parasitaria materna no especificada que complica el embarazo, parto y puerperio |
| O990 | Anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio |
| O991 | Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos del sistema inmunitario que complica el embarazo |
| O992 | Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo |
| O993 | Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo |
| O994 | Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo |
| O995 | Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo |
| O996 | Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo |
| O997 | Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo que complican el embarazo |
| O998 | Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo |
| P073 | RN Pre término |
| P95X | Muerte fetal (nacido muerto) |
| R456 | Problemas relacionados con la violencia (Tamizaje positivo de violencia) |
| Z006 | Examen para comparación y control normales en Programa de investigación clínica (evaluación nutricional normal/Adecuada ganancia de peso gestacional) |
| Z320 | Embarazo aún no confirma |

Código Diagnóstico / Actividad

| | |
|----------|--|
| Z359 | Supervisión de embarazo con riesgo |
| 99386.03 | Examen clínico de mama |
| Z349 | Supervisión de embarazo normal no especificado |
| Z3491 | Supervisión de embarazo normal 1º trimestre (Atención pre natal) |
| Z3492 | Supervisión de embarazo normal 2º trimestre (Atención pre natal) |
| Z3493 | Supervisión de embarazo normal 3º trimestre (Atención pre natal) |
| Z3591 | Supervisión de embarazo con factor de riesgo 1º trimestre (Atención pre natal) |
| Z3592 | Supervisión de embarazo con factor de riesgo 2º trimestre (Atención pre natal) |
| Z3593 | Supervisión de embarazo con factor de riesgo 3º trimestre (Atención pre natal) |
| Z370 | Nacido vivo, único |
| Z371 | Nacido Muerto, único |
| Z372 | Gemelos, ambos nacidos vivos |
| Z373 | Gemelos, un nacido vivo y un nacido muerto |
| Z374 | Gemelos, ambos nacidos muertos |
| Z375 | Otros nacimientos múltiples, todos nacidos vivos |
| Z376 | Otros nacimientos múltiples, algunos nacidos vivos |
| Z377 | Otros nacimientos múltiples, todos nacidos muertos |
| Z381 | Nacido fuera del hospital único |
| Z382 | A término (producto único en lugar no especificado) |
| Z384 | Nacidos fuera del hospital gemelos |
| Z387 | Nacidos fuera del hospital (varios59025 Test no Estresante |
| 59025 | Test no estresante fetal. NST |
| 59020 | Test de Estrés Fetal |
| 99199.18 | Suplementación de ácido fólico (hasta las 13 semanas |
| 99199.26 | Suplementación de Sulfato ferroso y ácido fólico (a partir de las 14 semanas) |
| 59401.05 | Suplementación de calcio |
| 59430 | Atención postparto solamente (procedimiento separado). Atención de Puerperio |
| 99209.04 | Evaluación nutricional antropométrica |
| 76805 | Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, después del 1er trimestre (> o = a 14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; gestación única o primera |
| 76817 | Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de imágenes, vía transvaginal |
| 80055.01 | Perfil obstétrico primera atención prenatal (Exámenes de laboratorio: Tamizaje de proteínas, Hb, Grupo y Factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH o RPR y Elisa, Urocultivo) 1ra. Batería de análisis (Entrega de resultados) . |
| 80055.02 | Perfil obstétrico atención prenatal posteriores: (Exámenes de laboratorio: Tamizaje de proteínas, Hb, Grupo y Factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH o RPR y Elisa, Urocultivo) 2da. Batería de análisis. (2da Entrega de resultados) . |
| 81000.02 | Análisis de orina por tira de análisis/reactivo, para bacteriuria asintomática |
| 81007 | análisis de orina, bacteriuria, excepto mediante cultivo o tira reactiva |
| 82044 | Dosaje de Albúmina en orina, micro albúmina semicuantitativa (p. ej. ensayo con tira reactiva) Tamizaje de Proteinuria. |
| 84590 | Suplementación con Vitamina A |
| 85018 | Dosaje de Hemoglobina |
| 85018.01 | Dosaje de Hemoglobina con hemoglobinómetro |
| 87342 | Detección cualitativa de Antígeno de Superficie (HBsAg) del virus de la Hepatitis B por inmunocromatografía en sangre total, plasma y/o suero. (Prueba rápida) |
| 87340 | Detección de antígeno de superficie de virus de Hepatitis B (HBsAg) por ELISA |
| 86706 | Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAb) |
| 86704 | Detección de anticuerpo contra el antígeno de la nucleocápside de la hepatitis B (HBcAb-T) |
| 86705 | Anticuerpo contra el antígeno de la nucleocápside de la hepatitis B-HBcAB-IgM |
| 87351 | Detección de Age para Hepatitis B (HBeAg) |
| 86707 | Anticuerpo contra la hepatitis Be (HBeAb) |
| 86803.01 | Detección cualitativa dede anticuerpos contra el virus de la Hepatitis C por inmunocromatografía en sangre total, plasma y/o suero. (Prueba rápida) |
| 86803 | Detección de Anticuerpos Hepatitis C |

Código Diagnóstico / Actividad

| | |
|-----------------|---|
| 86703.01 | Detección cualitativa de anticuerpo por inmunocromatografía para VIH 1-2 (prueba rápida) |
| 86703.02 | Detección cualitativa de antígeno y anticuerpo por inmunocromatografía para VIH 1-2 |
| 86318.01 | Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual |
| 86689 | Anticuerpos; anticuerpo contra HTLV o HIV, prueba de confirmación (Ejemplo: Western blot) |
| 87389 | Elisa antígeno y anticuerpo (Ag-Ac) VIH 1-2 |
| 86592 | Prueba sífilis RPR cualitativa (Prueba de sífilis; anticuerpo no treponémico; cualitativo (p. ej. VDRL, RPR, ART) |
| 86593 | Prueba sífilis RPR cuantitativa (Prueba de sífilis; anticuerpo no treponémico, cuantitativa) |
| 86780.01 | Prueba de sífilis rápida inmunocromatografica cualitativa |
| 86781 | Prueba FTA-ABS para sífilis |
| 86318.01 | Detección de VIH y Sífilis – Prueba Rápida Dual |
| 88141 | Citopatología Cervical o Vaginal y Tamizaje Manual (Papanicolaou) |
| 96150.01 | Tamizaje de Salud Mental en Violencia |
| 99199.11 | Administración de Tratamiento |
| 99401.02 | Consejería en importancia de la lactancia materna en la primera hora, lactancia materna exclusiva. Técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento de la leche. |
| 99401.33 | Consejería Pre-Test para VIH |
| 99401.34 | Consejería Post Test para VIH No Reactivo |
| 99403.03 | Consejería Post Test para VIH Reactivo |
| 99402.01 | Consejería en identificación de signos de alarma durante la gestación, parto y puerperio |
| 99402.05 | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis |
| 99402.08 | Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer |
| 99402.09 | Consejería de prevención de riesgos en salud mental |
| 99403.01 | Consejería nutricional: Alimentación saludable |
| | Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 45 minutos (p. ej. consejería nutricional) |
| 99412.02 | Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo proporcionados a individuos en grupo, durante aproximadamente 60 minutos. Psicoprofilaxis Obstétrica |
| 99412.01 | Estimulación prenatal |
| 99501 | visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento |
| C0009 | Sesión Educativa |
| C0011 | Visita familiar integral (visita domiciliaria) |
| 59401.06 | Plan de atención de parto |
| E669 | Obesidad, no especificada |

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

A. ATENCIÓN DE SALUD

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

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

En el ítem ETNIA, registrar el código de pertenencia étnica (ver anexo 1) declarado por la gestante, bajo el criterio de autoidentificación.

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

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

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

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

SOBRE CONSEJERÍAS:

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

DURANTE EL EMBARAZO:

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

EN EL PUEPERIO:

- ❖ Cuarta Consejería, en Hospitalización (En puerperio inmediato):
- ❖ Quinta Consejería, en la Consulta Externa, durante el control de puerperio.
- **Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer**, se enumeran (Se brindan 2 consejerías)
- **Consejería en riesgo de salud mental**, NO se enumeran

EN LA SUPLEMENTACIÓN:

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

SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL POR TRIMESTRE:

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

FORMATO HIS 2023

LOTE

PÁGINA

FECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

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 | | | 7 | | | 8 | | | | | | | |
|---|------------------|---|---------------------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|----|----|------------------|----|----|
| AÑO | MES | NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) | UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) | | | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN | | | DNI | | | TURNO | | | | | | | |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | | | 20 | 21 | | | 22 |
| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
| | HISTORIA CLINICA | 10 | 12 | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1° | | 2° | 3° |
| GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | P | D | R | 1° | 2° | 3° | CÓDIGO CIE / CPT | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ITEM 09: FINANCIADOR DE SALUD | | | ITEM 15 | | ITEM 16 | | ITEMS 17 Y 18 (Condición de Ingreso) | | FECHA DE ÚLTIMA REGLA | |
|-------------------------------|-----------------|--------------|-----------------------------|------------|---------------------------|---|--------------------------------------|--|-----------------------|--|
| 1 USUARIO | 4 SOAT | 10 OTROS | PC = Perímetro Cefálico | PESO = Kg | N = Paciente NUEVO | Si no se encuentra con el dato, se registra la fecha de la primera ecografía. | | | | |
| 2 SEGURO INTEGRAL (SIS) | 5 SANIDAD FAP | 11 EXONERADO | Pab = Perímetro Abdominal | TALLA = Cm | C = Paciente CONTINUADOR | | | | | |
| 3 ESSALUD | 6 SANIDAD NAVAL | | Ppreg = Peso Pregestacional | Hb = Valor | R = Paciente REINGRESANTE | | | | | |

(*) Opcional

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

ATENCIÓN A LA GESTANTE

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

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

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

EN EL FORMATO HIS, SE INCLUYE LA VARIABLE **PESO PREGESTACIONAL**, EL CUAL DEBE REGISTRARSE en kilos y con un decimal, esta variable debe registrarse por única vez en la primera atención prenatal.

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

Procedimientos a registrar en una primera Atención Prenatal oportuna

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A 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 | P | D | R | 1° | 2° | | 3° |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Yauyos | 25 | M | PC | PESO 44.8 | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas | P | D | R | 1 | 8 | | 23591 | |
| | 07033940 | | 58 | Bellavista | | M | Pab. | TALLA 155.5 | C | C | Plan de parto | P | D | R | 1 | | | 59401.06 | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb 44.0 | R | R | Dosaje de hemoglobina con hemoglobímetro | P | D | R | 1 | | | 85018.01 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | Evaluación nutricional antropométrica | P | D | R | | | | 99209.04 |
| | | | | | | M | | Pab. | TALLA | C | C | Gestante con Delgadez | P | D | R | IMC | | | 025X |
| | | | | | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | Tamizaje de Salud Mental en Violencia | P | D | R | | | | 96150.01 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | Consejería de Prevención de riesgos en salud mental | P | D | R | | | | 99402.09 |
| | | | | | | M | | Pab. | TALLA | C | C | Suplementación de ácido fólico | P | D | R | 1 | | | 99199.18 |
| | | | | | | D | /F | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | Toma de PAP | P | D | R | | | | 88141 |
| | | | | | | M | | Pab. | TALLA | C | C | Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer | P | D | R | 1 | | | 99402.08 |
| | | | | | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | Tamizaje de Bacteriuria Asintomática | P | D | R | RN | | | 81000.02 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | Consejería Pre Test para VIH | P | D | R | 1 | | | 99401.33 |
| | | | | | | M | | Pab. | TALLA | C | C | Detección para VIH-SIFILIS (Prueba Dual) | P | D | R | RN | RN | | 86318.01 |
| | | | | | | D | /F | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería Post Test para VIH No Reactivo | P | D | R | 1 | | | 99401.34 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | Prueba Rápida para Hepatitis B | P | D | R | RN | | | 87342 |
| | | | | | | M | | Pab. | TALLA | C | C | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B | P | D | R | 1 | | | 99402.05 |
| | | | | | | D | /F | Ppreg. | Hb | R | R | Embarazo múltiple | P | D | R | | | | 0309 |

GESTANTE ATENDIDA

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

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

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

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

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: | | | | | | Fecha de Última Regla: | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 1 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas | P | D | R | 1 | 8 | | Z3592 | | |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Plan de parto | P | D | R | 1 | | | 59401.06 | | |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | | | |

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

EN LAS SIGUIENTES ATENCIONES PRENATALES

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo normal/supervisión de embarazo con riesgo
- En los siguientes casilleros: Anote todos los procedimientos y/o diagnósticos que aplica a la gestante.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **Lab1** el número de la atención prenatal 2, 3, 4... En **Lab2** anote la semana gestacional.

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: | | | | | | Fecha de Última Regla: | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 1 | Junín | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 12 semanas | P | D | R | 2 | 12 | | Z3591 | | |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Adecuada ganancia de peso | P | D | R | | | | Z006 | | |
| | | 5 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 | | |

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Junín | 25 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | | PESO | | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 16 semanas | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 3 | 16 | | Z3592 | | |
| | 07033940 | | | | | | | M | Pab. | | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Adecuada ganancia de peso | P | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | Z006 |
| | | | | | 5 | | | D | Ppreg. | | Hb | | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 99403.01 |

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Junín | 25 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | | PESO | | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 28 semanas | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 6 | 28 | | Z3592 | | |
| | 07033940 | | | | | | | M | Pab. | | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Adecuada ganancia de peso | P | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | Z006 |
| | | | | | 5 | | | D | Ppreg. | | Hb | | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 99403.01 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | | PESO | | N | N | Consejería en importancia de la lactancia materna | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 1 | | | 99401.02 | | |
| | | | | | M | | Pab. | | TALLA | | C | C | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | | | |
| | | | | | D | F | Ppreg. | | Hb | | R | R | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | | | |

Quando se toma Papanicolau, use otro registro:

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **Lab1** el trimestre de gestación (1, 2, 3), y en **Lab2** la semana de gestación, según corresponda.
- En el casillero de la Toma de PAP deje en “BLANCO”
- En el casillero de la Consejería el número de sesión 1, según corresponda

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 08043950 | 2 | Satipo | 25 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | | PESO | | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 1 | 8 | | Z359 | | |
| | 08043950 | | | | | | | M | Pab. | | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Toma de PAP | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 88141 |
| | | | | | 58 | | | D | Ppreg. | | Hb | | R | R | Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 1 | | | 99402.08 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | | PESO | | N | N | Examen clínico de mama | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | N | | | 99386.03 | | |
| | | | | | M | | Pab. | | TALLA | | C | C | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | | | |
| | | | | | D | F | Ppreg. | | Hb | | R | R | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | | | |

ENTREGA DE RESULTADO PAP

Resultado Normal

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 08063950 | 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 | | |
| | 08063950 | | | | | | | M | Pab. | | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Entrega de Resultado PAP | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | N | | | 88141 |
| | | | | | 54 | | | D | Ppreg. | | 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 - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 08063950 | 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 | | |
| | 08063950 | | | | | | | M | Pab. | | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Entrega de Resultado PAP | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | A | | | 88141 |
| | | | | | 54 | | | D | Ppreg. | | Hb | | R | R | LIE de Alto Grado | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | N872 |

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

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

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

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

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

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Jauja | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas | P | D | R | 1 | 8 | | Z3591 | | | |
| | 07033940 | | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Evaluación nutricional antropométrica | P | D | R | | | | | | 99209.04 |
| | | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Gestante con delgadez | P | D | R | IMC | | | | | O25X |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | PC | PESO | N | N | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 | | | |
| | | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | | P | D | R | | | | | | | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | | | | |

GANANCIA DE PESO.- Cantidad de peso que incrementa la mujer gestante durante el proceso de gestación.

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **Lab1** el número de la atención prenatal 2, 3, 4... en **Lab2**, la semana de gestación
- En el casillero de la consejería nutricional dejar en blanco.

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 71758430 | | 2 | Jauja | 33 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 12 semanas | P | D | R | 2 | 12 | | Z3591 | | | |
| | 71758430 | | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Aumento pequeño de peso en el embarazo | P | D | R | | | | | | O261 |
| | | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | | | 99403.01 |

EN LAS SIGUIENTES ATENCIONES PRE NATALES:

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 71758430 | | 2 | Jauja | 33 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 16 semanas | P | D | R | 3 | 16 | | Z3592 | | | |
| | 71758430 | | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Aumento pequeño de peso en el embarazo | P | D | R | | | | | | O261 |
| | | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | | | 99403.01 |



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

CUANDO LA GESTANTE ALCANZA SU ESTADO NUTRICIONAL NORMAL

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 2, 3, 4... y en **Lab2**, la semana de gestación según corresponda.
- En el 2º casillero “PR” de paciente recuperado
- En el 3º casillero dejar en blanco

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 71758430 | 2 | Satipo | 33 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 22 semanas | P | D | R | 3 | 22 | | Z3592 | | |
| | 71758430 | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Aumento pequeño de peso en el embarazo | P | D | R | PR | | | O261 | | |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 | | |

EN EL CASO DE UNA GESTANTE CON GANANCIA DE PESO ADECUADA

En la primera evaluación nutricional:

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo normal de 14 semanas | P | D | R | 2 | 14 | | Z3491 | | |
| | 07033940 | 40 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Aumento pequeño de peso | P | D | R | | | | Z006 | | |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 | | |

En las siguientes evaluaciones nutricionales con ganancia de peso adecuada

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 33 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo normal de 18 semanas | P | D | R | 3 | 18 | | Z3492 | | |
| | 07033940 | 40 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Adecuada ganancia de peso | P | D | R | | | | Z006 | | |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | 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 IPRESS que cuenten con servicio de laboratorio.

Se considera:

- ⇒ **02 baterías de Análisis durante el embarazo** (1º batería se solicita en la 1ª atención prenatal y la 2ª 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 IPRESS desde el nivel I.1. Debe de realizarse en todas las atenciones pre natales.

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

Según sea el caso podrán registrar los siguientes procedimientos:

- 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

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

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

Cuando el resultado es negativo:

En el ítem: Lab registre:

- En el 1° casillero **Lab1** el número de la atención prenatal 2, 3, 4... y en **Lab2** la semana de gestación.
- En el casillero del Tamizaje:
 - **RN** si el resultado es negativo

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | |
| | 07039940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas | P | D | R | 1 | 8 | | Z3591 |
| | 07039940 | | 37 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Plan de parto | P | D | R | 1 | | | 59401.06 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Evaluación nutricional antropométrica | P | D | R | | | | 99209.04 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | PC | PESO | N | N | Gestante con delgadez | P | D | R | IMC | | | 025X |
| | | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Tamizaje de Bacteriuria Asintomática | P | D | R | RN | | | 81000.02 |

Cuando el resultado es positivo:

En el ítem: Lab registre:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | |
| | 07039940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas | P | D | R | 1 | 8 | | Z3591 |
| | 07039940 | | 37 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Plan de parto | P | D | R | 1 | | | 59401.06 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Evaluación nutricional antropométrica | P | D | R | | | | 99209.04 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | PC | PESO | N | N | Gestante con delgadez | P | D | R | IMC | | | 025X |
| | | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Tamizaje de Bacteriuria Asintomática | P | D | R | RP | | | 81000.02 |

TAMIZAJE DE PROTEINURIA

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

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

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

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

Cuando el resultado es negativo:

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 2, 3, 4... y en **Lab2** la semana de gestación, según corresponda.
- En el casillero del Tamizaje:
 - **RN** si el resultado es negativo

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------------------------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo normal de 20 semanas | P | D | R | 4 | 20 | | Z3492 |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Aumento pequeño de peso en el embarazo | P | D | R | | | | O261 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | PC | PESO | N | N | Tamizaje de Proteinuria | P | D | R | RN | | | 82044 |
| | | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Tamizaje de Bacteriuria Asintomática | P | D | R | RN | | | 81000.02 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

Cuando el resultado es positivo:

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 2, 3, 4... y en **Lab2** la semana de gestación, según corresponda.
- En el casillero del Tamizaje:
 - **RP** si el resultado es positivo

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------------------------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo normal de 20 semanas | P | D | R | 4 | 20 | | Z3492 |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Aumento pequeño de peso en el embarazo | P | D | R | | | | O261 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | PC | PESO | N | N | Tamizaje de Proteinuria | P | D | R | RN | | | 82044 |
| | | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Tamizaje de Bacteriuria Asintomática | P | D | R | RN | | | 81000.02 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | 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.

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

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

En el ítem: Lab anote:

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

Primer Tamizaje: en la primera atención pre natal

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLE | 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07037940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo normal de 8 semanas | P | D | R | 1 | 8 | | Z3491 |
| | 07037940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Evaluación nutricional antropométrica | P | D | R | | | | 99209.04 |
| | | 40 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Gestante con peso normal | P | D | R | IMC | | | Z006 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07037940 | | | | A | PC | PESO | N | N | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 |
| | 07037940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Consejería Pre Test para VIH | P | D | R | 1 | | | 99401.33 |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Detección de VIH-SIFILIS (Prueba Dual) | P | D | R | RN | RN | | 86318.01 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07037940 | | | | A | PC | PESO | N | N | Consejería Post Test para VIH No Reactivo | P | D | R | 1 | | | 99401.34 |
| | 07037940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis | P | D | R | 1 | | | 99402.05 |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

Segundo Tamizaje: a partir de la quinta atención pre natal

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07037940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo normal de 33 semanas | P | D | R | 5 | 33 | | Z3493 |
| | 07037940 | 40 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Adecuada ganancia de peso | P | D | R | | | | Z006 |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07037940 | | | | A | PC | PESO | N | N | Consejería Pre Test para VIH | P | D | R | 2 | | | 99401.33 |
| | 07037940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Detección de VIH-SIFILIS (Prueba Dual) | P | D | R | RN | RN | | 86318.01 |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería Post Test para VIH No Reactivo | P | D | R | 2 | | | 99401.34 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07037940 | | | | A | PC | PESO | N | N | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis | P | D | R | 2 | | | 99402.05 |
| | 07037940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | | P | D | R | | | | |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

Tamizaje realizado con pruebas rápidas (DUALES) en puérperas

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Atención postparto Control de puérpera | P | D | R | 1 | | | 59430 |
| | 07033940 | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico | P | D | R | 7 | | | 99199.26 |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------------------|----|--------|-------|----------------------------|---|---|---|---|---|----|----|----------|
| 07033940 | | A | M | PC | PESO | N | N | Consejería Pre Test para VIH | P | D | R | | | 99401.33 |
| 07033940 | | M | | Pab. | TALLA | C | C | Detección de VIH-SIFILIS (Prueba Dual) | P | D | R | RN | RN | 86318.01 |
| | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería Post Test para VIH No Reactivo | P | D | R | | | 99401.34 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | |
| | | A | M | PC | PESO | N | N | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis | P | D | R | | | 99402.05 |
| | | M | | Pab. | TALLA | C | C | | P | D | R | | | |
| | | D | /F | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | |

TAMIZAJE PARA VIH CON PRUEBAS RÁPIDAS EN GESTANTES (INDIVIDUALES)



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

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

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

CUANDO SE REALIZA EN LA ATENCIÓN PRENATAL

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

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero 1º **Lab1** anote el número de la APN, y en **Lab2** la semana de gestación, según corresponda.
- En los casilleros de la Consejería Pre y Post Test
 - "1" si es la 1ª Batería de laboratorio
 - "2" si es la 2ª Batería de laboratorio
- En el casillero del Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, registre la sigla que identifique el resultado de cada anticuerpo del tamizaje realizado:
 - **RP** si el resultado es reactivo
 - **RN** si el resultado es no reactivo

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|--------|-------|--|---------------------------------------|---|----------|---|---|-------|----------------|-----------|----|---|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUERPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | | 1º |
| | 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 | | Pab. | TALLA | C | C | Consejería Pre Test para VIH | P | D | R | 1 | | | 99401.33 |
| | | | | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | Detección de VIH – Prueba Rápida | P | D | R | RN | | | 86703.01 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | |
| | | A | M | PC | PESO | N | N | Consejería Post Test para VIH No Reactivo | P | D | R | 1 | | | | | | 99401.34 |
| | | M | | Pab. | TALLA | C | C | | P | D | R | | | | | | | |
| | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | | | | |

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo | P | D | R | 1 | 8 | | Z359 | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Consejería Pre Test para VIH | P | D | R | 1 | | | 99401.33 | | | | | | | | | | | |
| | | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Detección de VIH – Prueba Rápida | P | D | R | RP | | | 86703.01 | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | | | | A | PC | PESO | N | N | Consejería Post Test para VIH - Reactivo | P | D | R | 1 | | | 99403.03 | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | | P | D | R | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | | | | | | | | | | | | |



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

Tamizaje para VIH con pruebas rápidas en púerperas

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

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

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

En el ítem: Lab registre:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Atención postparto Control de púerpera | P | D | R | 1 | | | 59430 | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Consejería Pre Test para VIH | P | D | R | 1 | | | 99401.33 | | | | | | | | | | | |
| | | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Detección de VIH – Prueba Rápida | P | D | R | RP | | | 86703.01 | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | PC | PESO | N | N | Consejería Post Test para VIH – No Reactivo | P | D | R | | | | 99403.03 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | | P | D | R | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | | | | | | | | | | | | |

TAMIZAJE CON PRUEBA DE ELISA EN GESTANTES

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

En el consultorio:

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

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

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º **Lab1** escriba 1, 2 ó 3 que corresponde al trimestre de gestación, y en **Lab2** la semana de gestación.
- En el casillero de la Consejería Pre Test
 - 1 si es la 1º Batería de Laboratorio
 - 2 si es la 2º Batería de Laboratorio

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------------------------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de Embarazo con Riesgo | P | D | R | 1 | 8 | | Z359 |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Consejería Pre Test para VIH | P | D | R | 1 | | | 99401.33 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

Cuando retorna con el resultado de Laboratorio

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

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

En el ítem **Lab** anote:

- En el casillero 1º el trimestre de embarazo 1,2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se realiza el tamizaje, y en **Lab2** la semana de gestación.
- En el casillero 2º el resultado del tamizaje:
 - ❖ **RP** si el resultado es Reactivo
 - ❖ **RN** si el resultado es No Reactivo
- En el casillero 3º el número de batería de laboratorio
 - ❖ 1 si es la 1º Batería de Laboratorio
 - ❖ 2 si es la 2º Batería de Laboratorio

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------------------------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de Embarazo con Riesgo | P | D | R | 1 | 8 | | Z359 |
| | 07033940 | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Detección de VIH por ELISA | P | D | R | RN | | | 87389 |
| | | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería Post Test para VIH No Reactivo | P | D | R | 1 | | | 99401.34 |

TAMIZAJE PARA VIH EN TRABAJO DE PARTO

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



El registro es individual y se utilizará “Prueba Rápida”. Sólo se registrará el resultado utilizando el campo Lab “RSA” de Riesgo Sanitario en la Consejería Post Test.

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

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

En el ítem **Lab** anote:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|---|------------------|-------------------|--------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------|-------------------------------------|---|---|----------------|-------------------------------------|-----------|-----|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07093940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | | N | N | Consejería Pre Test para VIH | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 99401.33 |
| | 07093940 | | 37 | | | M | Pab. | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Detección de VIH – Prueba Rápida | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | RN | | | 86703.01 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | | R | R | Consejería Post Test para VIH No Reactivo | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | RSA | | | 99401.34 |

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

Cuando el resultado es REACTIVO

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

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

En el ítem **Lab** anote:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|---|------------------|-------------------|--------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------|-------------------------------------|---|--|----------------|-------------------------------------|-----------|-----|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07093940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | | N | N | Consejería Pre Test para VIH | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 99401.33 |
| | 07093940 | | 37 | | | M | Pab. | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Detección de VIH – Prueba Rápida | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | RP | | | 86703.01 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | | R | R | Consejería Post Test para VIH Reactivo | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | RSA | | | 99403.03 |

| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|-----------------------------------|---|---|--------|-------|----------------------------|---|--|---|-------------------------------------|---|----|-----|----------|
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | Fecha de Última 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 | | Pab. | TALLA | C | C | Administración de tratamiento | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | IA | TAR | 99199.11 |
| | | | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | |



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

TAMIZAJE PARA VIH EN CASOS DE ABORTOS

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

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

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 2º registre la sigla que identifique el tipo de resultado:
 - ❖ **RP** si el resultado es positivo
 - ❖ **RN** si el resultado es negativo
- En el siguiente casillero 1º de la Consejería Post Test registre SIEMPRE la sigla "RMA" para indicar Riesgo Sanitario Muy Alto

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACION AL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|------|---|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------|-------------------------------------|---|-----------|---|----|------------------|----|----|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Consejería Pre Test para VIH | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 99401.33 | | |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Detección de VIH - Prueba Rápida | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | RP | | | 86703.01 | | |
| | | | | | | D | Ppreg. | 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

Quando se realiza en el consultorio

Registro de Resultado Negativo

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACION AL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|------|---|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------|-------------------------------------|---|-----------|---|----|------------------|----|----|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | |
| | 07083940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 1 | 8 | | 23591 | | |
| | 07083940 | | 40 | | | M | Pab. | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Detección de Sífilis - Prueba Rápida | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | RN | | | 86780.01 | | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 1 | | | 99402.05 | | |

Resultado Positivo

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

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

En el ítem: Lab registre:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|----------------------------|--|---------------------------------------|----------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|----|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | |
| | 07083940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo | P | D | R | 1 | 8 | | Z359 | |
| | 07083940 | | 40 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Sífilis que complica el embarazo | P | D | R | | | | O981 | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Detección de Sífilis – Prueba Rápida | P | D | R | RP | | | 86780.01 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | PC | PESO | N | N | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B | P | D | R | 1 | | | 99402.05 | |
| | | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Administración de tratamiento | P | D | R | IA | | | 99199.11 | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | | |

Segunda dosis a la semana de la primera dosis

En el ítem: Lab registre:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|----------------------------|--|---------------------------------------|----------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|----|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | |
| | 07083940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 9 semanas | P | D | R | 1 | 9 | | Z359 | |
| | 07083940 | | 40 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Sífilis que complica el embarazo | P | D | R | | | | O981 | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Administración de tratamiento | P | D | R | 2 | | | 99199.11 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | PC | PESO | N | N | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B | P | D | R | | | | 99402.05 | |
| | | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | | P | D | R | | | | | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | | |

Tercera dosis a la semana de la segunda dosis

En el ítem: Lab registre:

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07083940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 10 semanas | P | D | R | 1 | 10 | | Z359 |
| | 07083940 | 40 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Sífilis que complica el embarazo | P | D | R | | | | O981 |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Administración de tratamiento | P | D | R | TA | | | 99199.11 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | PC | PESO | N | N | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B | P | D | R | | | | 99402.05 |
| | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | | P | D | R | | | | |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

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

Resultado Negativo

En el ítem Lab registre:

- En el casillero 1º el número “1” que corresponda a la APN, en el **Lab2** las semanas de gestación.
- En el casillero 2º “RN” si el resultado es Negativo
- En el casillero 3º:
 - “1” si es la 1º Batería de Laboratorio
 - “2” si es la 2º Batería de Laboratorio

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07083940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas | P | D | R | 1 | 8 | | Z3591 |
| | 07083940 | 40 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Detección de Sífilis – Prueba Rápida | P | D | R | RN | | | 86780.01 |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B | P | D | R | 1 | | | 99402.05 |

Cuando el Tamizaje de Sífilis se realiza con de RPR

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

- En el casillero 1º Gestante con factor de riesgo

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º el número de la atención prenatal según corresponda, en **Lab2** la semana de gestación.
- En el casillero 2º de la evaluación de resultados:
 - RP si el resultado es Positivo
 - RN si el resultado es Negativo
- En el casillero de la Consejería escribir el Nº de Batería de Laboratorio
 - “1” si es la 1ª Batería de Laboratorio
 - “2” si es la 2ª Batería de Laboratorio

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo | P | D | R | 1 | 8 | | 2359 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Detección de Sífilis; cualitativa RPR-VDRL | P | D | R | RN | | | 86592 |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B | P | D | R | 1 | | | 99402.05 |

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

TAMIZAJE PARA SÍFILIS CON PRUEBAS RÁPIDAS INDIVIDUALES EN PUERPERAS

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

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

En el ítem: Lab registre:

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Atención postparto Control de puerpera | P | D | R | 1 | | | 59430 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Detección de Sífilis - Prueba Rápida | P | D | R | RN | | | 86780.01 |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B | P | D | R | | | | 99402.05 |

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

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

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

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de control de puerperio
- En el 2º casillero:
 - **RP** si el resultado es Positivo
 - **RN** si el resultado es Negativo
- En el casillero de la Consejería escribir el N° de Batería de Laboratorio

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Atención postparto Control de puerpera | P | D | R | 1 | | | 59430 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Detección de Sífilis; cualitativa RPR-VDRL | P | D | R | RN | | | 86592 |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B | P | D | R | 1 | | | 99402.05 |

TAMIZAJE DE HEPATITIS B

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

Resultado No Reactivo con prueba rápida de Hepatitis B

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

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

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero **Lab1**, el número de la atención prenatal 1, 2, 3, 4... según corresponda, y en el **Lab2** el la semana de gestación.
- En el casillero de Prueba Rápida de Hepatitis B, registre la sigla que determine el resultado
 - RP** si el resultado es Positivo
 - RN** si el resultado es Negativo
- En el casillero de la Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B, registre **"1"** lo que hará referencia al procedimiento de la Primera Batería.

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------------------------|----------|---|---------------------|---|---|-----------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo normal de 8 semanas | P | D | R | 1 | 8 | | Z3491 |
| | 07033940 | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Detección de Hepatitis B – Prueba Rápida | P | D | R | | | | 87342 |
| | | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis | P | D | R | 1 | | | 99402.05 |

Resultado Reactivo con prueba rápida de Hepatitis B

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

En el ítem Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------------------------|----------|---|---------------------|---|---|-----------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo normal de 8 semanas | P | D | R | 1 | 8 | | Z3591 |
| | 07033940 | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Prueba Rápida de Hepatitis B | P | D | R | | | RP | 87342 |
| | | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis | P | D | R | 1 | | | 99402.05 |

| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|-----------------------------------|---|---|--------|-------|----------------------------|---|---|--|---|---|---|--|--|--|------|
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | |
| | | | | A | M | PC | PESO | | N | N | Hepatitis Viral que complica el Embarazo | P | D | R | | | | O984 |
| | | | | M | | Pab. | TALLA | | C | C | | P | D | R | | | | |
| | | | | D | F | Ppreg. | Hb | | R | R | | P | D | R | | | | |

Cuando la gestante inicia tratamiento (A partir de las 24 – 28 semanas de gestación)



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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|--------|-----------------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------------------------|----------|---|---|-------|----------------|-----------|----|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUERPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | | 1° |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | | N | N | Supervisión de embarazo | P | D | R | 3 | 28 | | Z359 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | | C | C | Hepatitis Viral que complica el Embarazo | P | D | R | | | | O984 |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | | R | R | Administración de Tratamiento | P | D | R | IA | | | 99199.11 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | |
| | | | | A | M | PC | PESO | | N | N | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis | P | D | R | | | | 99402.05 |
| | | | | M | | Pab. | TALLA | | C | C | | P | D | R | | | | |
| | | | | D | F | Ppreg. | Hb | | R | R | | P | D | R | | | | |

Gestante continúa con tratamiento para Hepatitis B:

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

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º **Lab1** el trimestre de gestación 1,2,3 según corresponda, en el **Lab2** la semana de gestación.
- En el casillero 3º anote el número de tratamiento 2, 3, 4 según corresponda

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|--------|-----------------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------------------------|----------|---|---|-------|----------------|-----------|---|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUERPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | | 1° |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | | N | N | Supervisión de embarazo | P | D | R | 3 | 32 | | Z359 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | | C | C | Hepatitis Viral que complica el Embarazo | P | D | R | | | | O981 |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | | R | R | Administración de Tratamiento | P | D | R | 2 | | | 99199.11 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | |
| | | | | A | M | PC | PESO | | N | N | Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis | P | D | R | | | | 99402.05 |
| | | | | M | | Pab. | TALLA | | C | C | | P | D | R | | | | |
| | | | | D | F | Ppreg. | Hb | | R | R | | P | D | R | | | | |

GESTANTE CON RESULTADOS DE BATERÍA DE LABORATORIO COMPLETA

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo especificando la semana del embarazo en el que se encuentra la gestante
- En el 2º casillero Bateria de Laboratorio de la Gestante
 - ❖ **80055.01** cuando se tiene el resultado de la 1ª batería
 - ❖ **80055.02** cuando se tiene el resultado de la 2ª batería
- **En los demás casilleros, anotar todos los procedimientos y/o diagnósticos que se realicen a la gestante.**

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **Lab1** el número de atención prenatal, en **Lab2** anote la semana del embarazo en el que se encuentra la gestante

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo normal de 12 semanas | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 2 | 12 | | Z359 |
| | 07033940 | 58 | | | M | Pab. | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Bateria de Laboratorio de la Gestante | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 80055.01 |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | 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.

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

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **Lab1** anote 1, 2 ó 3 según el trimestre de gestación, en **Lab2** la semana de gestación, según corresponda

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo normal de 12 semanas | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 2 | 12 | | Z359 |
| | 07033940 | 58 | | | M | Pab. | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Bateria de Laboratorio de la Gestante | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 80055.02 |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | |

MANEJO PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN MUJERES GESTANTES Y PUERPERAS

El Manejo preventivo de la anemia se realizara en las gestantes y puerperas que no tienen diagnóstico de anemia.

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.

“El dosaje de hemoglobina debe ser solicitado de manera obligatoria a toda gestante en la Primera Atención Prenatal con el objetivo de seleccionar la dosis de hierro elemental a utilizar”

Cuando el dosaje de hemoglobina se realiza en el consultorio en la Primera Atención Prenatal:

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

En el ítem: **Evaluación antropométrica/hemoglobina**, anote el resultado de la medición observada (sin realizar el ajuste por altura)

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

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

En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque:

- En los casilleros de las actividades marque **“D”**

En el ítem: **Lab** anote:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|---|------------------|-------------------|--------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas | P | D | R | 1 | 8 | | 23591 |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Plan de parto | P | D | R | 1 | | | 59401.06 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Evaluación nutricional antropométrica | P | D | R | | | | 99209.04 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | PC | PESO | N | N | Gestante con delgadez | P | D | R | IMC | | | 025X |
| | | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro | P | D | R | 1 | | | 85018.01 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Tamizaje de Salud Mental en Violencia | P | D | R | | | | 96150.01 |

| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|-------------------------------|----|--------|--|-------|------------------------|---|---|---|---|---|----------|
| (*) Fecha de Nacimiento: | | | Fecha Último Resultado de Hb: | | | | | Fecha de Última Regla: | | | | | | |
| | | | A | M | PC | | PESO | | N | N | Consejería de prevención de riesgos en salud mental | | | 99402.09 |
| | | | M | | Pab. | | TALLA | | C | C | P | D | R | |
| | | | D | /F | Ppreg. | | Hb | | R | R | P | D | R | |

Cuando inicia con la primera suplementación de sulfato ferroso + Ácido fólico a las 14 semanas

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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° |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: | | | Fecha Último Resultado de Hb: | | | | | Fecha de Última Regla: | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | | PESO | | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 14 semanas | | | 2 | 14 | Z3592 | |
| | 07033940 | 58 | | | M | Pab. | | TALLA | | C | C | Evaluación nutricional antropométrica | | | | | 99209.04 | |
| | | | | | D | Ppreg. | | Hb | | R | R | Adecuada ganancia de peso | | | | | Z006 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: | | | Fecha Último Resultado de Hb: | | | | | Fecha de Última Regla: | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | | PESO | | N | N | Consejería nutricional: Alimentación saludable | | | | | 99403.01 |
| | | | | | M | Pab. | | TALLA | | C | C | Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico | | | 1 | | 99199.26 | |
| | | | | | D | Ppreg. | | Hb | | R | R | Tamizaje de Bacteriuria Asintomática | | | | | 81000.02 | |

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

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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° |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: | | | Fecha Último Resultado de Hb: | | | | | Fecha de Última Regla: | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | | PESO | | N | N | Supervisión de embarazo normal de 26 semanas | | | 6 | 26 | Z3493 | |
| | 07033940 | 58 | | | M | Pab. | | TALLA | | C | C | Adecuada ganancia de peso | | | | | Z006 | |
| | | | | | D | Ppreg. | | Hb | | R | R | Dosaje de hemoglobina con hemoglobímetro | | | 2 | | 85018.01 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: | | | Fecha Último Resultado de Hb: | | | | | Fecha de Última Regla: | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | | PESO | | N | N | Consejería nutricional: Alimentación saludable | | | | | 99403.01 |
| | | | | | M | Pab. | | TALLA | | C | C | Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico | | | 4 | | 99199.26 | |
| | | | | | D | Ppreg. | | Hb | | R | R | Suplementación de calcio | | | 2 | | 59401.05 | |

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

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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° | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: | | | Fecha Último Resultado de Hb: | | | | | Fecha de Última Regla: | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | | PESO | | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 37 semanas | | | 7 | 37 | Z3593 |
| | 07033940 | 58 | | | M | Pab. | | TALLA | | C | C | Adecuada ganancia de peso | | | | | Z006 |
| | | | | | D | Ppreg. | | Hb | | R | R | Dosaje de hemoglobina con hemoglobímetro | | | 3 | | 85018.01 |

| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|-----------------------------------|---|--------|-------|--|----------------------------|---|--|---|-------------------------------------|---|---|--|----------|
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | |
| | | | A | M | PC | PESO | | N | N | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | 99403.01 |
| | | | M | | Pab. | TALLA | | C | C | Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 6 | | 99199.26 |
| | | | D | F | Ppreg. | Hb | | R | R | Suplementación de calcio | P | <input checked="" type="checkbox"/> | | 3 | | 59401.05 |

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

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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° |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | | N | N | Atención postparto Control de puerpera | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 2 | | | 59430 |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 99403.01 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | | R | R | Dosaje de hemoglobina con hemoglobímetro | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 4 | | | 85018.01 |

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

En la Atención Prenatal

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En los casilleros de las actividades marque “D”

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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° |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 12 semanas | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 2 | 12 | | Z3591 |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Dosaje de hemoglobina | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 1 | | | 85018 |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | | R | R | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | |

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

Después o en un momento distinto a la Atención Prenatal

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En los casilleros de las actividades marque “D”

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo | P | D | R | 1 | 12 | Z359 | |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | E | E | Dosaje de hemoglobina | P | D | R | 1 | | 85018 | |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

MANEJO TERAPEUTICO DE ANEMIA EN MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS

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

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

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

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

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

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

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

- En el 1º casillero En el 1º casillero Supervisión de con riesgo

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

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

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACION AL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTA- BLEC | SER- VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | |
|--------------------------------------|------------------|--------|-----------------------------------|------|------|--|---|---------------|----------------------------|--|------------------------|---|---|-----------|----|----|---------------------|----|--|----------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | PROCEDECENCIA | | | | | | | | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | 2º | | 3º | | |
| GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | A | M | PC | | PESO | | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 10 semanas | P | D | R | 1 | 10 | | Z3591 |
| | 07033940 | | | | M | | Pab. | | TALLA | | C | C | Plan de parto | P | D | R | 1 | | | 59401.06 |
| | | 58 | | | D | F | Ppreg. | | Hb | | R | R | Evaluación nutricional antropométrica | P | D | R | | | | 99209.04 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | | PESO | | N | N | Gestante con Delgadez | P | D | R | IMC | | | O25X |
| | | | | | M | | Pab. | | TALLA | | C | C | Dosaje de hemoglobina con hemoglobínómetro | P | D | R | 1 | | | 85018.01 |
| | | | | | D | F | Ppreg. | | Hb | | R | R | Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio | P | D | R | LEV | | | O990 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | |
| | | | | 25 | A | M | PC | | PESO | | N | N | Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico | P | D | R | 1 | | | 99199.26 |
| | | | | | M | | Pab. | | TALLA | | C | C | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 |
| | | | | | D | F | Ppreg. | | Hb | | R | R | Tamizaje de Bacteriuria Asintomática | P | D | R | RN | | | 81000.02 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | | PESO | | N | N | Tamizaje de Salud Mental en Violencia | P | D | R | | | | 96150.01 |
| | | | | | M | | Pab. | | TALLA | | C | C | Consejería de Prevención de riesgos en salud mental | P | D | R | | | | 9402.09 |
| | | | | | D | F | Ppreg. | | Hb | | R | R | | P | D | R | | | | |

En las siguientes atenciones prenatales de la gestante con anemia:

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

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|--------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------|----------|---|--|----------------|----------------------------|-----------|----|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1° | | 2° |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 14 semanas | P | D | R | 2 | 14 | | Z3592 | |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio | P | D | F | LEV | | | O990 | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro | P | D | R | 2 | | | 85018.01 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | |
| | | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico | P | D | R | 2 | | | 99199.26 |
| | | | | | | M | | Pab. | TALLA | C | C | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 |
| | | | | | | D | F | Ppreg. | 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 – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|--------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------|----------|---|--|----------------|----------------------------|-----------|----|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1° | | 2° |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 18 semanas | P | D | R | 3 | 18 | | Z3592 | |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio | P | D | F | LEV | | | O990 | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro | P | D | R | 3 | | | 85018.01 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | |
| | | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico | P | D | R | 3 | | | 99199.26 |
| | | | | | | M | | Pab. | TALLA | C | C | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 |
| | | | | | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | Aumento pequeño de peso en el embarazo | P | D | F | | | | O261 |

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|--------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------|----------|---|--|----------------|----------------------------|-----------|----|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1° | | 2° |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 22 semanas | P | D | R | 4 | 22 | | Z3593 | |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio | P | D | F | LEV | | | O990 | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro | P | D | R | 4 | | | 85018.01 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | |
| | | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico | P | D | R | 4 | | | 99199.26 |
| | | | | | | M | | Pab. | TALLA | C | C | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 |
| | | | | | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | Aumento pequeño de peso en el embarazo | P | D | F | | | | O261 |

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|--------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------|----------|---|--|----------------|----------------------------|-----------|----|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1° | | 2° |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 26 semanas | P | D | R | 5 | 26 | | Z3593 | |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio | P | D | F | LEV | | | O990 | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro | P | D | R | 5 | | | 85018.01 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | |
| | | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico | P | D | R | 5 | | | 99199.26 |
| | | | | | | M | | Pab. | TALLA | C | C | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 |
| | | | | | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | Aumento pequeño de peso en el embarazo | P | D | F | | | | O261 |

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última 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 | | Pab. | | TALLA | | C | C | Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio | P | D | F | LEV | | O990 |
| | | | | | | D | F | Ppreg. | | Hb | | | R | R | Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro | P | D | R | 6 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | M | PC | | PESO | | N | N | Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico | P | D | R | 6 | | 99199.26 |
| | | | | | | M | | Pab. | | TALLA | | C | C | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | 99403.01 |
| | | | | | | D | F | Ppreg. | | Hb | | R | R | Aumento pequeño de peso en el embarazo | P | D | F | | | O261 |

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

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

Quando la gestante alcanza el valor normal de hemoglobina

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

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

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | A | M | PC | | PESO | | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 34 semanas | P | D | R | 7 | 34 | Z3593 |
| | 07033940 | | 58 | | | M | | Pab. | | TALLA | | C | C | Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio | P | D | F | PR | | O990 |
| | | | | | | D | F | Ppreg. | | Hb | | | R | R | Dosaje de hemoglobina con hemoglobinómetro | P | D | R | 7 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | M | PC | | PESO | | N | N | Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico | P | D | R | | | 99199.26 |
| | | | | | | M | | Pab. | | TALLA | | C | C | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | 99403.01 |
| | | | | | | D | F | Ppreg. | | Hb | | R | R | | P | D | R | | | |

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

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En los casilleros de las actividades marque “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **Lab1** el trimestre del embarazo (1, 2, 3), en el **Lab2** anotar la semana de gestación.
- En el casillero del dosaje el número 1 correspondiente a la 1ra. medición de hemoglobina

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACION AL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTA- BLEC | SER- VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|---|------------------|--------|-------------|------|------|--|---|---------------|---------------|--|---|---|---|-----------|----|----------|---------------------|
| | HISTORIA CLINICA | | PROCEDENCIA | | | | | | | | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1° | 2° | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo | P | D | R | 1 | 12 | Z359 | |
| | 07033940 | 58 | | 25 | M | Pab. | TALLA | C | C | Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio | P | D | R | MOD | | O990 | |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Dosaje de hemoglobina | P | D | R | 1 | | 85018 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico | P | D | R | | 99199.26 | |
| | | | | | M | | Pab. | TALLA | C | C | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | 99403.01 | |
| | | | | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | |

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

| Etapa | Micronutriente | Cantidad | Producto a Utilizar | Tiempo |
|------------------|--|--------------------|---|--|
| Gestación | 60 mg de hierro elemental + 400 ug. de Ácido Fólico | 1 tableta diaria | Sulfato Ferroso/Ácido Fólico o | A partir de la semana 14 de gestación |
| | 120 mg de hierro elemental + 800 ug. de Ácido Fólico | 2 tabletas 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 |

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

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

ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTO DE ÁCIDO FÓLICO

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | 1º | 2º | 3º | |
| | GESTANTE/PUERPERA | ETNIA | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas | P | D | R | 1 | 8 | | Z3591 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Plan de parto | P | D | R | 1 | | | 59401.06 |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Evaluación nutricional antropométrica | P | D | R | | | | 99209.04 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | Gestante con delgadez | P | D | R | IMC | | O25X |
| | | | | | M | | Pab. | TALLA | C | C | Suplementación de ácido fólico (hasta las 13 semanas) | P | D | R | 1 | | 99199.18 |
| | | | | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | 99403.01 |

ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTO DE SULFATO FERROSO + ACIDO FOLICO

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | 1º | 2º | 3º | |
| | GESTANTE/PUERPERA | ETNIA | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Junín | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 14 semanas | P | D | R | 2 | 14 | | Z3592 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Aumento pequeño de peso en el embarazo | P | D | R | | | | O261 |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Suplementación de Sulfato ferroso + Ácido fólico | P | D | R | 1 | | | 99199.26 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | 99403.01 |
| | | | | | M | | Pab. | TALLA | C | C | | P | D | R | | | |
| | | | | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | |

Cuando la gestante asiste a su primera atención pre natal después de las 32 semanas:

La medición de la hemoglobina se hará en esta atención. En caso que no se detecte anemia, se hará una siguiente medición de hemoglobina entre la semana 37 y 40 y la última a los 30 días del post parto.

| Etapa | Micronutriente | Cantidad | Producto a Utilizar | Tiempo |
|------------------|--|--------------------|--|--|
| 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 |

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 33 semanas | P | D | R | 1 | 33 | Z3593 | |
| | 07033940 | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Evaluación nutricional antropométrica | P | D | R | | | 99209.04 | |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Aumento pequeño de peso en el embarazo | P | D | R | | | 0261 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | PC | PESO | N | N | Tamizaje de Salud Mental en Violencia | P | D | R | | | 96150.01 | |
| | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Consejería de prevención de riesgos en salud mental | P | D | R | | | 99402.09 | |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | 99403.01 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | PC | PESO | N | N | Dosaje de hemoglobina con Hemoglobímetro | P | D | R | 1 | | 85018.01 | |
| | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico | P | D | R | 1 | | 99199.26 | |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTACIÓN DE CALCIO

Definición Operacional.- Tratamiento que se da a partir de las 20 semanas de gestación hasta el parto, 02 gramos vía orales diarios, se da 30 por vez (son 05 entregas). Según norma vigente.

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

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En otro casillero Consejería Nutricional, Administración de Calcio, etc.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **Lab1** el número de la APN, en **Lab2** la semana se gestación.
- En el casillero correspondiente a la consejería nutricional dejar en blanco
- En el casillero correspondiente a la Suplementación de **CALCIO** indicar el número de dosis correspondiente 1, 2, 3, 4

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 20 semanas | P | D | R | 3 | 20 | Z3592 | |
| | 07033940 | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Aumento pequeño de peso en el embarazo | P | D | R | | | 0261 | |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico | P | D | R | 2 | | 99199.26 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | | A | PC | PESO | N | N | Suplementación de Calcio | P | D | R | 1 | | 59401.05 | |
| | 07033940 | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | 99403.01 | |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

OGRAFÍA OBSTÉTRICA

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

Se considera 03 exámenes ecográficos de 15 minutos cada uno:

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

Registro del personal calificado que realiza la ecografía en la **IPRESS:**

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------------------------|----------|---|---------------------|---|---|-----------|----|----|------------------|--|-------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | |
| | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | | PESO | | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo | P | D | R | 1 | 8 | | 2359 |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | | TALLA | | E | E | Ecografía, útero grávido, tiempo real, vía transvaginal | P | D | R | 1 | | | 76817 |
| | | | | | | D | Ppreg. | | Hb | | R | R | | P | D | R | | | | |

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------------------------|----------|---|---------------------|--|---|-----------|----|----|------------------|--|-------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | |
| | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | | PESO | | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo | P | D | R | 2 | 20 | | 2359 |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | | TALLA | | E | E | Ecografía, útero grávido, tiempo real > 14 semanas | P | D | R | 2 | | | 76805 |
| | | | | | | D | Ppreg. | | Hb | | R | R | | P | D | R | | | | |

EVALUACIÓN DE BIENESTAR FETAL

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

Se considera:

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

Se considera 02 exámenes:

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

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **Lab1** anotar **3** del tercer trimestre de gestación, en el Lab2 la semana de gestación.

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|--------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------|----------------------------|---|---------------------|-------|----------------|-----------|----|---|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUERPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo | P | D | R | 3 | 28 | | Z359 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Test no estresante | P | D | R | 1 | | | 59025 |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

GESTANTE CON ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

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

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

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

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

Evaluación física, incluye:

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

● **Tamizaje de:**

- ❖ Bacteriuria asintomática (tira reactiva).
- ❖ Sífilis (prueba rápida).
- ❖ VIH (prueba rápida). O pruebas duales.
- ❖ Proteinuria (tira reactiva o ácido sulfosalicílico).
- ❖ Anemia (Hemoglobina con Hemoglobímetro).

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFÁLICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|--------------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------|----------|---|--|----------------|---|-----------|---|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 25 | A | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 36 semanas | P | D | R | 7 | 36 | TA | Z3593 |
| | 07033940 | | 58 | | 25 | M | M | Pab. | TALLA | C | C | Adecuada ganancia de peso | P | D | R | | | | Z006 |
| | | | | | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | Suplementación de Sulfato ferroso | P | D | R | | | | 99199.26 |
| | | | | | | M | F | Pab. | TALLA | C | C | | P | D | R | | | | |
| | | | | | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |



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

PLAN DE PARTO

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

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

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

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

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **Lab1** el número “1” de 1º atención prenatal, en **Lab2** la semana de gestación
- En el 2º casillero el número “1” por ser la primera entrevista

Para el ejemplo sólo se ha incluido el registro del Plan de Parto, pero se debe registrar todos los procedimientos y/o diagnósticos realizados en la 1º Atención Prenatal

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo de 8 semanas | P | D | R | 1 | 8 | | Z3591 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Plan de parto | P | D | R | 1 | | | 59401.06 |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

Segunda y tercera entrevista del Plan de Parto

Se realiza en el domicilio de la gestante con las finalidades de entablar conversación con la familia, acerca del plan de parto.

Para la segunda entrevista de plan de parto

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem: Lab, anote:

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Plan de parto | P | D | R | 1 | 8 | | Z3591 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Visita integral familiar | P | D | R | 1 | | | 59401.06 |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Plan de parto | P | D | R | 3 | | | 59401.06 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Visita integral familiar | P | D | R | 2 | | | C0011 |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

GESTANTE CON MORBILIDAD

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

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

- En el 1º casillero la patología encontrada

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

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

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

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|---|------------------|--------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------|----------|--|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1° | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo | P | D | R | | | | 0234 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | | P | D | R | | | | |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|---|------------------|--------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1° | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Pre eclampsia Leve | P | D | R | | | | 013X |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | | P | D | R | | | | |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

PUÉRPERA CON MORBILIDAD

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

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

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

- En el 1º casillero la patología encontrada

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|---|------------------|--------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1° | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Sepsis puerperal | P | D | R | | | | 085X |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | | | D | R | | | | |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

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

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|---|------------------|--------|-------------------------|------|------|--|---------------------------------------|----------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1° | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Bronquitis aguda, no especificada | P | D | R | | | | J219 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | | | D | R | | | | |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |



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

ESTIMULACIÓN PRENATAL

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

Utilice un registro por cada gestante

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

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Estimulación Prenatal | P | D | R | 1 | | | 99412.01 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | G | G | | | D | R | | | | |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

PSICOPROFILAXIS

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

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

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



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

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

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Psicoprofilaxis Obstétrica | P | D | R | 1 | | | 99412.02 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | | | D | R | | | | |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

ATENCIÓN DEL PARTO

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

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

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

En el ítem: Código, considere lo siguiente:

- Parto Espontáneo Vertical O8000
- Parto Espontáneo Horizontal O8001

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Parto espontaneo vertical | P | D | R | | | | O8000 |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Nacido vivo único | | D | R | | | | Z370 |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

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

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

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

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

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

En el ítem: Lab anote

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Parto espontaneo Horizontal | P | D | R | AE | ST | 08001 | |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Nacido vivo único | | D | R | | | Z370 | |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

PARTO ATENDIDO EN TRAYECTO A LA IPRESS

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

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

En el ítem: Lab anote:

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 40224779 | 2 | La Oroya | 35 | M | PC | PESO | N | N | Atención y Examen Inmediatamente después del Parto | P | D | R | TRA | ST | Z390 | |
| | 40224779 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Nacido Fuera del Hospital Único | | D | R | | | Z381 | |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA EN HOSPITALIZACION DE PUERPERIO

Consejería en Lactancia Materna en el Puerperio Inmediato.

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 26 | M | PC | PESO | N | N | Atención de parto vaginal (únicamente) (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto | P | D | R | | | 59410 | |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Consejería en Lactancia Materna | | D | R | 4 | | 99401.02 | |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 26 | M | PC | PESO | N | N | Cesárea, incluyendo atención postparto | P | D | R | | | 59515 | |
| | 07033940 | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Consejería en Lactancia Materna | | D | R | 4 | | 99401.02 | |
| | | 58 | | | D | Ppreg. | 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 las IPRESS de nivel I.

Se considera:

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

PRIMERA ATENCIÓN DEL PUERPERIO

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|--------------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|----------------------------|--|---------------------------------------|----------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|----|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1° | | 2° |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 26 | M | PC | PESO | N | N | Atención postparto Control de puérpera | P | D | R | 1 | | | 59430 | |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Suplementación de Sulfato ferroso | P | D | R | 7 | | | 99199.26 | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | PC | PESO | N | N | Consejería en la importancia de la lactancia materna | P | D | R | 5 | | | 99401.02 | |
| | | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | | P | D | R | | | | | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | | |

SEGUNDA ATENCIÓN DEL PUERPERIO

| DIA | D.N.I. | | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|--------------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|------|----------------------------|--|---------------------------------------|----------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|----|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1° | | 2° |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | | 2 | Huancayo | 26 | M | PC | PESO | N | N | Atención postparto Control de puérpera | P | D | R | 2 | | | 59430 | |
| | 07033940 | | 58 | | | M | Pab. | TALLA | C | C | Suplementación de Sulfato ferroso | P | D | R | TA | | | 99199.26 | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | 99403.01 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / | | | Fecha Último Resultado de Hb: / / | | | Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | PC | PESO | N | N | Dosaje de hemoglobina con hemoglobímetro | P | D | R | 4 | | | 85018.01 | |
| | | | | | | M | Pab. | TALLA | C | C | | P | D | R | | | | | |
| | | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | | |



Cada control de Puerperio deberá incluir los procedimientos realizados, debiendo empezar el registro por el Control de Puérpera

GESTANTE CON PLAN DE PARTO EFECTIVO

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

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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° | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 26 | M | PC | PESO | N | N | Atención postparto Control de puerpera | P | D | R | 1 | | | 59430 |
| | 07033940 | 58 | | 26 | M | Pab. | TALLA | C | E | Suplementación de Sulfato ferroso | P | D | R | 7 | | | 99199.26 |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | Consejería nutricional: Alimentación saludable | P | D | R | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | Plan de parto | P | D | R | TA | | 59401.06 |
| | | | | | M | | Pab. | TALLA | C | C | Consejería en la importancia de la lactancia materna | P | D | R | 5 | | 99401.02 |
| | | | | | D | F | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | |

ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES

VISITA DOMICILIARIA (C0011)

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

Se considera visitas domiciliarias para:

- ⇒ Gestantes con identificación de complicaciones.
- ⇒ Gestantes para su 2da entrevista del plan de parto.
- ⇒ Gestantes para su 3ra entrevista del plan de parto.

REGISTRO DE VISITA DOMICILIARIA A LA GESTANTE

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

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

En el ítem: Lab, anote:

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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° | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (*) Fecha de Nacimiento: / / Fecha Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Junín | 26 | M | PC | PESO | N | N | Supervisión de embarazo con riesgo | P | D | R | 1 | | | Z359 |
| | 07033940 | 58 | | 26 | M | Pab. | TALLA | C | E | Visita Familiar Integral | P | D | R | 1 | | | C0011 |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | P | D | R | | | | |

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

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

En el ítem: Lab, anote:

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Huancayo | 25 | M | PC | PESO | N | N | Plan de parto | P | D | R | 2 | | 59401.06 | | | |
| | 07033940 | 58 | | 25 | M | Pab. | TALLA | C | E | Visita integral familiar | P | D | R | 1 | | C0011 | | | |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | | | | | | | | | |

REGISTRO DE VISITA DOMICILIARIA A LA PUERPERA

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

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

En el ítem: Lab, anote:

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

| DIA | D.N.I. | FINANC | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO – ABDOMINAL – PESO PREGESTACIONAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA 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 Último Resultado de Hb: / / Fecha de Última Regla: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07033940 | 2 | Junín | 26 | M | PC | PESO | N | N | Visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento | P | D | R | 1 | | 99501 | | | |
| | 07033940 | 58 | | 26 | M | Pab. | TALLA | C | E | | P | D | R | | | | | | |
| | | | | | D | Ppreg. | Hb | R | R | | | | | | | | | | |

ANEXO 1

| codetni | desetni | codetni | desetni |
|---------|------------------|---------|----------------------|
| 1 | ACHUAR | 31 | MATSÉS |
| 2 | AIMARA | 32 | MATSIGENKA |
| 3 | AMAHUACA | 33 | MUNICHE |
| 4 | ARABELA | 34 | MURUI-MUINANI |
| 5 | ASHANINKA | 35 | NAHUA |
| 6 | ASHENINKA | 36 | NANTI |
| 7 | AWAJÚN | 37 | NOMATSIGENGA |
| 8 | BORA | 38 | OCAINA |
| 9 | CAPANAHUA | 39 | OMAGUA |
| 10 | CASHINAHUA | 40 | QUECHUAS |
| 11 | CHAMICURO | 41 | RESÍGARO |
| 12 | CHAPRA | 42 | SECOYA |
| 13 | CHITONAHUA | 43 | SHARANAHUA |
| 14 | ESE EJA | 44 | SHAWI |
| 15 | HARAKBUT | 45 | SHIPIBO-KONIBO |
| 16 | IKITU | 46 | SHIWILU |
| 17 | IÑAPARI | 47 | TIKUNA |
| 18 | ISCONAHUA | 48 | URARINA |
| 19 | JAQARU | 49 | URO |
| 20 | JÍBARO | 50 | VACACOCHA |
| 21 | KAKATAIBO | 51 | WAMPIS |
| 22 | KAKINTE | 52 | YAGUA |
| 23 | KANDOZI | 53 | YAMINAHUA |
| 24 | KICHWA | 54 | YANESHA |
| 25 | KUKAMA KUKAMIRIA | 55 | YINE |
| 26 | MADIJA | 56 | AFROPERUANO |
| 27 | MAIJUNA | 57 | BLANCO |
| 28 | MARINAHUA | 58 | MESTIZO |
| 29 | MASHCO PIRO | 59 | ASIATICODESCENDIENTE |
| 30 | MASTANAHUA | 60 | OTRO |



PERÚ

Ministerio
de Salud

Av. Salaverry 801 Jesús María
Lima / Perú

