

# Manual del Registro y Codificación de la Atención de Salud en la Consulta Externa

2020



 **Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y  
Prevención de la Ceguera**  
Sistema de Información HIS

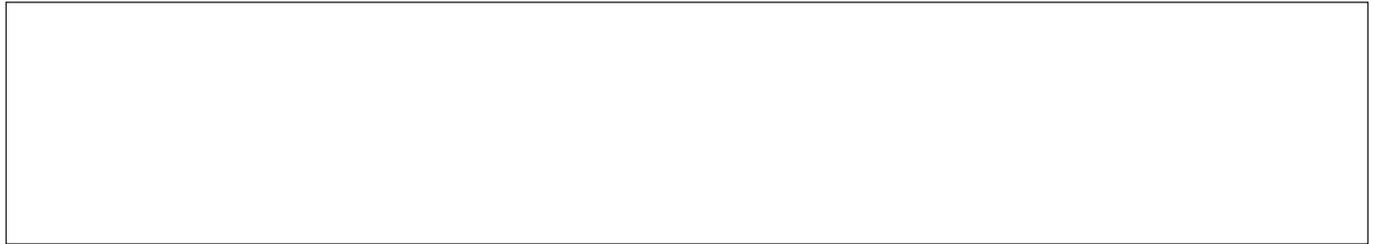


# MANUAL DEL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE  
SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud



**“Manual de Registro y Codificación de la Atención Integral de Salud de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera”**

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

**Equipo de Trabajo:**

Harvy Alberto Honorio Morales, DGIESP – DENOT - ESN de Salud Ocular  
Giovanna Patricia Rios Susanibar, DGIESP – DENOT - ESN de Salud Ocular  
Nilda Trejos Maguiña, DGIESP – DENOT - ESN de Salud Ocular  
Hector Shimabuku Ysa, DGIESP – DENOT - ESN de Salud Ocular  
Eladia Quispe Yataco, DGIESP – DENOT - ESN de Salud Ocular  
María Angélica Rivas Souza - DENOT - ESN de Salud Ocular  
Jenny L. Medina Calapuja, DIRESA Amazonas  
Maria Luza Ogoose, DIRESA Ayacucho  
Azucena del Pilar Orduña Pazos, DIRESA Callao  
Maria Moreno Leiva, DIRESA Huánuco  
Merly Lizett Gonzales Saravia, GERESA La Libertad – Instituto Regional de Oftalmología  
Martha Mireya Luna Garcia, GERESA Lambayeque  
Juana María Huanca Carrasco - DIRIS LIMA SUR  
Lily Lorenzo Anastacio, DIRIS LIMA CENTRO  
Milagros Ramirez Villajuan, DIRIS LIMA ESTE  
Lourdes Prado Babilonia, DIRESA Lima  
José Gilberto Pérez Avellaneda, Hospital María Auxiliadora  
Marco Bellido Morales – Instituto Nacional de Oftalmología  
Marco Polo Bardales Espinoza, Equipo técnico de la Oficina de Gestión de la Información.  
Albertico Quispe Cruzatti, Director Ejecutivo de la Oficina de Gestión de la Información.  
Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina de Gestión de la Información.  
Jorge Miranda Monzón, Jefe de Equipo de la Oficina de Gestión de la Información.

**Diseño y Diagramación**

Julie Guillen Ramos, Equipo técnico de la Oficina de Gestión de la Información.

**Ministerio de Salud**

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú  
Telf.: (51-1) 315-6600  
[www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)  
[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

Edición, setiembre 2020

**Tiraje:** -----

**Imprenta:** -----(Nombre de la imprenta)

**RUC:**

**Dirección:**

**Telefono:**

**E-mail:**

**Versión Digital:**



Pilar Mazzetti Soler  
**Ministra de Salud**

Luis Antonio Nicolás Suárez Ognio  
**Viceministra de Salud Pública**

Víctor Freddy Bocangel Puclla  
**Viceministro de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud**

Silviana Gabriela Yancourt Ruiz  
**Secretaria General**

Nelly Zenaida Huamani Huamani  
**Directora General de Intervenciones  
Estratégicas en Salud Públicas**

Miguel Angel Gutierrez Reyes  
**Director General de la Oficina General de  
Tecnologías de la Información**



## CONTENIDO

	PÁG.
<b>I. GENERALIDADES</b> .....	<b>09</b>
1.1 Actividades más frecuentes	
1.2 Instrucciones para el registro y codificación de las actividades de la estrategia sanitaria nacional de salud ocular	
<b>II. TAMIZAJE Y SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO CON FACTORES DE RIESGO PARA RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD</b> .....	<b>12</b>
<b>III. TRATAMIENTO DE RECIÉN NACIDO CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD</b> .....	<b>13</b>
3.1 Tratamiento Especializado con laser	
3.2 Tratamiento especializado con antiangiogénico	
3.3 Tratamiento especializado con laser mas antiangiogenico	
3.4 Tratamiento especializado con vitrectimía posterior más endofotocoagulación	
<b>IV. CONTROL POST OPERATORIO DE RECIÉN NACIDOS CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD</b> .....	<b>14</b>
4.1 Complicaciones de tratamiento	
4.2 Nistagmo secundario a consecuencia del tratamiento	
4.3 Estrabismo secundario a consecuencia del tratamiento	
4.4 Glaucoma secundario a consecuencia del tratamiento	
4.5 Catarata secundaria a consecuencia del tratamiento	
4.6 Cuando se realiza la rehabilitación visual de ceguera y baja visión secundaria	
<b>V. EVALUACIÓN VISUAL EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b> .....	<b>16</b>
5.1 Actividad realizada por personal profesional médico y/o tecnólogo médico en Optometría	
<b>VI. TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE ERRORES REFRACTIVOS EN NIÑOS (AS) DE 3 A 11 AÑOS</b> .....	<b>17</b>
6.1 Actividad realizada por personal técnico de enfermería capacitado	
6.2 Actividad realizada por personal profesional de la salud capacitado	
<b>VII. EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE ERRORES REFRACTIVOS EN NIÑOS</b> .....	<b>20</b>
7.1 Diagnóstico de errores refractivos	
7.2 Tratamiento de errores refractivos	
7.3 Control de pacientes con errores refractivos	
7.4 Tamizaje de la persona con riesgo de glaucoma en el primer	
7.5 y segundo nivel de atención	
<b>VIII. EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE GLAUCOMA</b> .....	<b>22</b>
8.1 Diagnóstico de glaucoma	
8.2 Tratamiento de glaucoma	
8.3 Control de personas con glaucoma	

	<b>PÁG.</b>
<b>IX. TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE CATARATA MEDIANTE EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL</b> _____	<b>25</b>
9.1 Actividad realizada por personal técnico de salud capacitado del primer nivel de atención	
9.2 Actividad realizada por personal profesional de la salud capacitado	
<b>X. EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE CATARATA</b> _____	<b>26</b>
10.1 Diagnóstico de ceguera por catarata	
10.2 Tratamiento de pacientes con catarata	
10.3 Control post operatorio de cirugía de catarata	
<b>XI. CONTROL Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO DE COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS</b> _____	<b>30</b>
11.1 Detección de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética en el primer y segundo nivel de atención	
11.2 Evaluación y despistaje de retinopatía diabética (RD)	
11.3 Diagnóstico de retinopatía diabética (RD)	
11.4 Tratamiento de personas con retinopatía diabética	
<b>XII. CONTROL DE PERSONAS CON RETINOPATÍA DIABÉTICA</b> _____	<b>31</b>
12.1 Enfermedades externas del ojo	
12.2 Diagnóstico de enfermedades externas del ojo	
12.3 Tratamiento de enfermedades externas del ojo	
12.4 Tratamiento especializado de complicaciones de párpado	
<b>XIII. DETECCIÓN DE PERSONAS CON TRACOMA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN</b> _____	<b>35</b>
13.1 Diagnóstico de tracoma	
13.2 Tratamiento de personas con tracoma	
13.3 Control de personas con tracoma	

## I. GENERALIDADES

### 1.1 ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
A719	Tracoma no especificado	H180	Pigmentaciones y depósitos en la Cornea
H000	Orzuelo y otras Inflammaciones Profundas del Párpado	H181	Queratopatía Vesicular
H001	Chalazión	H182	Otros Edemas de la Cornea
H010	Blefaritis	H250	Catarata Senil Incipiente
H011	Dermatosis no Infecciosa del Párpado	H251	Catarata Senil Nuclear
H018	Otras Inflammaciones Especificadas del Párpado	H252	Catarata Senil, Tipo Morgagnian
H019	Inflamación del Párpado, no Especificada	H258	Otras Cataratas Seniles
H020	Entropión y Triquiasis Palpebral	H259	Catarata Senil, no Especificada
H021	Ectropión del Párpado	H260	Catarata Infantil, Juvenil y Presenil
H023	Blefarocalasia	H261	Catarata Traumática
H024	Blefaroptosis	H262	Catarata Complicada
H101	Conjuntivitis Atópica Aguda	H263	Catarata Inducida por drogas
H102	Otras Conjuntivitis Agudas	H264	Catarata Residual
H103	Conjuntivitis Aguda, no Especificada	H268	Otras Formas Especificadas de Catarata
H104	Conjuntivitis Crónica	H269	Catarata, no Especificada
H105	Blefarconjuntivitis	H330	Desprendimiento de la Retina con Ruptura
H108	Otras Conjuntivitis	H331	Retinosquiasis y Quistes de la Retina
H109	Conjuntivitis, no Especificada	H332	Desprendimiento Seroso de la Retina
H110	Pterigion	H333	Desgarro de la Retina sin desprendimiento
H113	Hemorragia Conjuntival	H334	Desprendimiento de la Retina por tracción
H114	Otros Trastornos Vasculares y Quistes Conjuntivales	H335	Otros desprendimientos de la Retina
H118	Otros Trastornos Especificados de la Conjuntiva	H350	Retinopatías del Fondo y Cambios Vasculares Retinianos
H119	Trastorno de la Conjuntiva, no Especificado	H351	Retinopatía de la Prematuridad
H150	Escleritis	H352	Otras Retinopatías Proliferativas
H151	Episcleritis	H353	Degeneración de la Macula y del Polo Posterior del Ojo
H158	Otros Trastornos de la Esclerótica	H360	Retinopatía diabética
H159	Trastorno de la Esclerótica, no Especificado	H523	Anisometropía y Aniseiconia
H160	Úlcera de la Cornea	H400	Sospecha de Glaucoma
H161	Otras Queratitis Superficiales sin Conjuntivitis	H401	Glaucoma primario de ángulo abierto
H162	Queratoconjuntivitis	H402	Glaucoma primario de ángulo cerrado
H163	Queratitis Intersticial y Profunda	H409	Glaucoma, no Especificado
H164	Neovascularización de la Cornea	H498	Otros Estrabismos Paralíticos
H168	Otras Queratitis	H499	Estrabismo Paralítico, no Especificado
H169	Queratitis, no Especificada	H500	Estrabismo Concomitante Convergente
H170	Leucoma Adherente	H501	Estrabismo Concomitante divergente
H171	Otras Opacidades Centrales de la Cornea	H502	Estrabismo Vertical
H179	Cicatriz u Opacidad de la Córnea, no Especificada	H503	Heterotropía Intermitente
		H504	Otras Heterotropías o las no Especificadas
		H506	Estrabismo Mecánico
		H508	Otros Estrabismos Especificados
		H509	Estrabismo, no Especificado
		H510	Parálisis de la Conjugación de la Mirada

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Procedimiento / Actividad
H520	Hipermetropía	66820	Incisión de Catarata Membranosa Secundaria
H521	Miopía	67830	Corrección de triquiasis
H522	Astigmatismo	66821	Cirugía láser para escisión de catarata (Residual)
H524	Presbicia	66850	Extracción de cristalino mediante técnica de Facofragmentación con aspiración
H525	Trastornos de la Acomodación	66982	Extracción de catarata extracapsular con implante de lente intraocular
H526	Otros Trastornos de la Refracción	66982.01	Cuidado posterior a la cirugía
H527	Trastorno de la Refracción, no Especificado (Ametropía)	67005	Vitrectomía anterior
H530	Ambliopía Ex Anopsia	67028	Inyección intravítrea
H539	Alteración Visual no Especificada	67043	Vitrectomía posterior con Endo fotocoagulación
H540	Ceguera de ambos ojos	67227	Destrucción de retinopatía extensa
H541	Ceguera de un Ojo, visión subnormal del otro	76510	Ecografía oftálmica
H542	Visión subnormal de ambos ojos	76516	Biometría Ocular por Ultrasonido
H543	Disminución indeterminada de la agudeza visual en ambos ojos	92015.01	Determinación de estado de refracción y Prueba y ajuste de anteojos
H544	Ceguera monocular	92020	Gonioscopia
H545	Visión subnormal de un ojo	92060	Estudio de Estrabismo
H546	Disminución indeterminada	92100	Determinación de la presión intraocular bilateral (Tonometría)
H55	Nistagmo y otros Movimientos Oculares Irregulares	92225	Oftalmoscopia directa
H570	Anomalías de la Función Pupilar	92226	Oftalmoscopia indirecta
H590	Síndrome vítreo consecutivo a cirugía de catarata	92235	Angiografía con fluoresceína
H598	Otros trastornos del ojo y sus anexos, consecutivos a procedimientos.	92250	Fotografía de la Retina ( Retinografía)
P073	Prematuro	92275	Electroretinograma
P072	Inmadurez extrema	92390	Provisión de Anteojos
Z006	Normal	92504	Microscopia Binocular (Biomicroscopía)
Z010	Examen de Ojos y de la Visión	99015	Refracción
		99016	Refracción ciclopléica
		99173	Determinación de la Agudeza Visual
		99283	Atención de emergencia prioridad II
		99401.16	Consejería en salud ocular
		99381	Atención Integral de Salud del Niño CRED menor de 1 año
		99382	Atención Integral de Salud del Niño CRED de 1 a 4 años

Código	Procedimiento / Actividad
65855	Trabeculoplastía mediante cirugía laser
66170	Trabeculectomía
66180	Derivación de humor acuoso a un reservorio extra ocular
66710	Destrucción del cuerpo ciliar mediante ciclofotocoagulación transesclerótica
66711	Endociclofotocoagulación via transendoscópica
66720	Destrucción del cuerpo ciliar mediante crioterapia
66761	Iridotomía/Iridectomía mediante cirugía láser
66762	Iridoplastía laser

## 1.2 INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR

Esta Estrategia desarrolla dos (02) tipos de actividades: Atenciones de Salud y Actividades Preventivo Promocionales (APP); orientadas principalmente a la promoción, prevención y control de los daños a la salud ocular.

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales.

### 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: Tipo de diagnóstico se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de registrar: Marcar con un aspa (X)

**P: (Diagnóstico presuntivo)** Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o 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 el siguiente registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems Día y Servicio, luego utilice los siguientes tres (03) ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” para completar el registro de la atención.

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

## TAMIZAJE Y SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO CON FACTORES DE RIESGO PARA RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos orientados al tamizaje y seguimiento del recién nacido prematuro que presenta factores de riesgo para desarrollar Retinopatía de la Prematuridad – ROP a través de consultas oftalmológicas periódicas con la finalidad de identificar de manera oportuna un posible caso de ROP y brindar tratamiento oportuno. Se realiza a partir de la 4ta semana de vida o a partir de las 31 semanas, lo que se presente primero. Está a cargo del médico oftalmólogo capacitado en ROP; se realiza en los establecimientos de salud que cuenten con servicios de oftalmología y/o UCIN o Pediatría, del segundo y tercer nivel de atención (excepcionalmente I-4).<sup>1,2</sup>

### Factores de riesgo de RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD (ROP):

- Recién nacido prematuro con < 37 semanas de edad gestacional
- Recién nacido prematuro con peso < 2000 gramos
- Recién nacido prematuro que recibe oxigenoterapia.
- Factores de riesgos asociados maternos y perinatales.



*El tamizaje de retinopatía de la prematuridad lo realiza el oftalmólogo en el área donde se encuentra el recién nacido (consulta externa u hospitalización). Independiente de ello es necesario registrar la hoja HIS.*

### Tamizaje

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

- En el 1º casillero marque como definitivo realizado: Oftalmoscopia Indirecta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero siempre marque “D” por tratarse de un procedimiento.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS		
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
13	24516842	1	Piura	24	A	M	PC			N	N	1. Retinopatía de la prematuridad	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	H35.1	
					M	F	Pab						2. Oftalmoscopia indirecta	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	92226
	945530	58												Hb	R	R	3.

### Diagnóstico:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS		
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
17	23596547	1	Piura	20	A	M	PC			N	N	1. Retinopatía de la prematuridad	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	92226	
					M	F	Pab						2. Oftalmoscopia indirecta	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	H35.1
	562541	58												Hb	R	R	3.

## TRATAMIENTO DE RECIÉN NACIDO CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos orientados al tratamiento especializado y control del recién nacido prematuro, con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)

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

- En el 1º casillero se registra el diagnóstico: Retinopatía de la prematuridad.
- En el 2º casillero se registra el (los) procedimiento(s) realizado(s):
  - Destrucción de retinopatía extensa, código (67227)
  - Inyección intravítrea de agente farmacológico antiangiogénico (procedimiento separado) (67028)
  - Vitrectomía, mecánica, vía pars plana con endopanfotocoagulación (67043)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero se registra “R” cuando el paciente ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- En el 2º casillero se registra en procedimientos siempre “D”

### Tratamiento especializado con Láser

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
13	84225164	1	Huanta	28	A	M	PC	PESO		N	N	1. Retinopatía de la prematuridad	P	D	X	H351
					M			TALLA		X	X	2. Destrucción de retinopatía extensa	P	X	R	67227
	85426	58			X	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	

### Tratamiento especializado con Antiangiogénico

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
13	77325164	1	Huanta	30	A	M	PC	PESO		N	N	1. Retinopatía de la prematuridad	P	D	X	H351
					M			TALLA		X	X	2. Inyección intravítrea	P	X	R	67028
	55426	58			X	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	

### Tratamiento especializado con Laser más Antiangiogénico

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
13	23565164	1	Huanta	28	A	M	PC	PESO		N	N	1. Retinopatía de la prematuridad	P	D	X	H351
					M			TALLA		X	X	2. Destrucción de retinopatía extensa	P	X	R	67227
	15235	58			X	F	Pab	Hb		R	R	3. Inyección intravítrea	P	X	R	67028

“Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad” – RM N° 539-2006/MINSA.

Factores de riesgo de la Retinopatía de la Prematuridad (ROP): Recién nacido prematuro de igual o menos de 37 semanas de edad gestacional y/o con menos de 2000 gramos, prematuro que requiere suplemento de oxígeno y recién nacido prematuro con peso superior a 2000 gramos que precisen tratamiento con oxigenoterapia en el Servicio de Neonatología.

## Tratamiento especializado con Vitrectomía posterior más Endofotocoagulación.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS				
	HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																				
13	84225164	1	Huanta		28	A	M	PC	PESO		N	N	1. Retinopatía de la prematuridad			P	D	X	H351	
	85426	58	M				TALLA					X	X	2. Vitrectomía posterior con endofotocoagulación			P	X	R	67043
			F	Pab		Hb			R	R	3.			P	D	R				

## CONTROL POST OPERATORIO DE RECIÉN NACIDOS CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD

**Definición Operacional.** Intervención dirigida al control y seguimiento de los recién nacidos prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad tratada quirúrgicamente (cirugía láser, antiangiogénico y vitrectomía mas Endofotocoagulación), a cargo del médico oftalmólogo capacitado en tratamiento láser o inyecciones intravítreas o vitrectomía para ROP, se brinda en establecimientos de salud del tercer nivel de atención. Los controles se realizan luego del tratamiento (láser, antiangiogénico y Vitrectomía) y de acuerdo a criterio médico hasta que la retina haya terminado de desarrollar en toda su extensión. Se realiza en los establecimientos de salud del tercer nivel de atención

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

- En el 1º casillero el diagnóstico: Retinopatía de la prematuridad.
- En el 2º casillero Otros cuidados especificados posteriores a la cirugía
- En el 3º casillero consejería ocular.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero para el diagnóstico "R" ya que el paciente fue diagnosticado anteriormente
- En el 2º casillero donde se registra la actividad o procedimiento siempre "D"
- En el 3º casillero donde se registra la actividad o procedimiento siempre "D".

En el ítem Lab, registre:

- En el 2º casillero registre el número de control post-operatorio 1, 2, 3, 4... según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS				
	HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																				
13	84225164	1	Huanta		28	A	M	PC	PESO		N	N	1. Retinopatía de la prematuridad			P	D	X	H351	
	85426	58	M				TALLA					X	X	2. Cuidado posterior a la cirugía			P	X	R	66982.01
			F	Pab		Hb			R	R	3. Consejería en salud ocular			P	X	R	99401.16			

## COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO DE RETINOPATÍA DEL PREMATURO

### Errores Refractivos secundario a consecuencia del tratamiento

En el casillero del diagnóstico considerar los tipos de ametropías:

- Miopía (H521)
- Hipermetropía (H520)
- Astigmatismo (H522)

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS				
	HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																				
13	84225164	2	Huanta		28	A	M	PC	PESO		N	N	1. Retinopatía de la prematuridad			P	D	X	H351	
	85426	58	M				TALLA					X	X	2. Hipermetropía			P	X	R	H520
			F	Pab		Hb			R	R	3.			P	D	R				

### Nistagmo secundario a consecuencia del tratamiento

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
13	84225164	1	Huanta	28	A	M	PC	PESO	N	N	1. Retinopatía de la prematuridad	P	D	X	H351
					M			TALLA	X	X	2. Nistagmo	P	D	R	H55
	85426	58			X	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

### Estrabismo secundario a consecuencia del tratamiento

Considerar los tipos de estrabismo para el diagnóstico:

- Estrabismo concomitante convergente (H500)
- Estrabismo concomitante divergente (H501)
- Estrabismo vertical (H502)
- Otros estrabismos especificados (H508)
- Estrabismos sin especificar (H509)

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
13	84225164	1	Huanta	28	A	M	PC	PESO	N	N	1. Retinopatía de la prematuridad	P	D	X	H351
					M			TALLA	X	X	2. Estrabismo vertical	P	D	R	H502
	85426	58			X	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

### Glaucoma secundario a consecuencia del tratamiento

- Sospecha de Glaucoma (H40.0)
- Glaucoma Primario de Angulo Abierto (H40.1)
- Glaucoma Primario de Angulo Cerrado (H40.2)
- Glaucoma Secundario a otros Trastornos del Ojo (H40.5)
- Glaucoma, no Especificado (H40.9)

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
13	24516842	2	Piura	24	A	M	PC	PESO	N	N	1. Retinopatía de la prematuridad	P	D	X	H351
					M			TALLA	X	X	2. Glaucoma no especificado	P	D	R	H40.9
	945530	58			X	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

### Catarata secundaria a consecuencia del tratamiento

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
13	84225164	1	Huanta	28	A	M	PC	PESO	N	N	1. Retinopatía de la prematuridad	P	D	X	H351
					M			TALLA	X	X	2. Catarata infantil	P	D	R	H260
	85426	58			X	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

### Cuando se realiza la Rehabilitación visual de Ceguera y Baja Visión secundaria

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
13	84225164	1	Huanta	28	A	M	PC	PESO	N	N	1. Retinopatía de la prematuridad	P	D	X	H351
					M			TALLA	X	X	2. Estudio de baja visión	P	D	R	92015
	85426	58			X	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

## EVALUACIÓN VISUAL EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

**Definición Operacional.-** Actividad que se brinda en todos los establecimientos de salud que realizan Control de Crecimiento y Desarrollo, como parte de la atención integral, a cargo de profesional de la salud capacitado (licenciada en enfermería); con la finalidad de realizar la evaluación visual en niños menores de 03 años de edad (2 años, 11 meses y 29 días) mediante el examen del Reflejo Rojo, Inspección externa de ojos, fijación monocular y evaluación del seguimiento de acuerdo a la edad del niño.

Edad	Reflejo Rojo	Inspección externa	Fijación Monocular	Evaluación del Seguimiento
Recién Nacido	X	X		
02 Meses	X	X	X	
06 Meses	X	X	X	X
12 Meses	X	X	X	X
03 Años	X	X	X	X

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

- En el 1º casillero el diagnóstico:
  - Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año
  - Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años
- En el 2º casillero: Examen de los Ojos y de la Visión

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º y 2º casillero consignar siempre "D"

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero: Consignar el número de control de crecimiento y desarrollo correspondiente.
- En el 2º casillero registre el resultado del examen de los ojos y de la visión: NORMAL "N" y ANORMAL "A".

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
13	84225164	1	Huanta	3	A	M	PC		PESO	N	N	1. Atención integral del niño - CRED	P	D	R	4	99381
					X				TALLA	X	X	2. Examen de los ojos y la visión	P	D	R	A	Z010
	85426	58			D	X	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R		

### Actividad realizada por personal profesional médico y/o tecnólogo médico en Optometría:

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

- En el 1º, 2º y 3º casillero anote el diagnóstico o procedimiento correspondiente.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque:

- En el 1º, 2º y 3º casillero "D" de definitivo.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero anote clave "RF" cuando realiza referencia a establecimiento de salud de mayor complejidad.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
13	96524158	1	Yauyos	1	M	PC	PESO		N	N	1. Trastorno del ojo y sus anexos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RF	H579
					M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Examen de los ojos y la visión	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A	Z010
	85426	58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería de salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

## TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE ERRORES REFRACTIVOS EN NIÑOS (AS) DE 3 A 11 AÑOS

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos que se realizan para examinar los ojos y determinar la agudeza visual, con el objetivo de detectar a niños(as) de 3 a 11 años de edad con disminución de agudeza visual monocular  $\leq 20/50$ . Esta actividad es realizada una vez al año, por personal de salud capacitado y se brinda en establecimiento de salud del 1er nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y 2do nivel de atención con población asignada (II-1) y/o en las Instituciones Educativas Estatales – II.EE, se realiza una vez al año.



Los ejemplos son referenciales, el orden y las actividades deben adecuarse a las situaciones presentadas en la atención de acuerdo a la normatividad vigente.

### Actividad realizada por personal técnico de enfermería capacitado:

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

- En el 1º casillero Determinación de la Agudeza Visual.

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

En el ítem: LAB. anote:

- En el 1º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO según corresponda.
- En el 2º casillero se registra el resultado del OJO IZQUIERDO según corresponda:

- |   |   |
|---|---|
| • Agudeza Visual 20/20 registrar: <b>20</b> | • Agudeza Visual 20/70 registrar: <b>70</b>     |
| • Agudeza Visual 20/25 registrar: <b>25</b> | • Agudeza Visual 20/100 registrar: <b>100</b>   |
| • Agudeza Visual 20/30 registrar: <b>30</b> | • Agudeza Visual 20/200 registrar: <b>200</b>   |
| • Agudeza Visual 20/40 registrar: <b>40</b> | • Agudeza Visual 20/400 registrar: <b>400</b>   |
| • Agudeza Visual 20/50 registrar: <b>50</b> | • Agudeza Visual < 20/400 registrar: <b>800</b> |

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
13	94516528	1	Cajamarca	7	M	PC	PESO		N	N	1. Determinación de agudeza visual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	99173
					M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	50	
	445670	58			D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R	

## Actividad realizada por personal profesional de la salud capacitado (Licenciada en Enfermería, Tecnólogo Médico en Optometría y Médico General)

### Si no tiene alguna disminución de agudeza visual

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

- En el 1º casillero Examen de los Ojos y de la Visión
- En el 2º casillero Determinación de la agudeza visual

En el ítem; Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE “D”

En el ítem: LAB, anote:

- En el 1º casillero el resultado NORMAL la clave (N) y si es ANORMAL la clave (A)
- En el 2º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas ya mencionadas.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				
13	59416528	2	Trujillo	6	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Examen de los ojos y la visión	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	N	2010
	54680	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	C	C	2. Determinación de agudeza visual	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	20	99173
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Hb	R	R	3.	P	D	R	20	

### Si tiene alguna disminución de agudeza visual registre:

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

- En el 1º casillero se registra Examen de los Ojos y de la Visión.
- En el 2º casillero se registra la Determinación de la agudeza visual.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE “D”

En el ítem: LAB. registre:

- En el 1º casillero si el resultado es NORMAL la sigla “N” y si es ANORMAL “A”.
- En el 2º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO.
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas ya mencionadas.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					
13	59416528	2	Trujillo	8	<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO	N	N	1. Examen de los ojos y de la visión	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	A	2010
	54680	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	F	Pab	TALLA	C	C	2. Determinación de la Agudeza Visual	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	50	99173
					<input checked="" type="checkbox"/> D			Hb	R	R	3.	P	D	R	70	

## EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE ERRORES REFRACTIVOS EN NIÑOS

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos realizados con la finalidad de confirmar la disminución de agudeza visual monocular  $\leq 20/50$  en niños(as) de 3 a 11 años previamente detectados en el tamizaje, y ser referidos a establecimientos de salud con capacidad resolutoria u Oferta Móvil. Esta actividad lo realiza el médico general y/o tecnólogo médico en optometría capacitado del establecimiento de salud del primer nivel de atención (I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1). Incluye la primera consejería a los padres o apoderados.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud para el diagnóstico

- En el 1º casillero puede utilizarse el siguiente diagnóstico:
  - Ametropía
- En el 2º casillero se registra la consejería en salud ocular.
- En el 3º casillero se registra la determinación de la agudeza visual.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero se registra “P” como diagnóstico presuntivo.
- En el 2º y 3º casillero SIEMPRE se registra “D”

En el ítem: LAB, registre:

- En el 1º casillero se registra “RF” de Referencia
- En el 2º casillero se registra el número de la consejería según corresponda.
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO.
- En el 4º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas ya mencionadas.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
13	59416528	1	Trujillo	7	M	PC	PESO	N	N	1. Ametropia	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	RF	H527	
					M		TALLA			2. Consejería en salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.16
	54680	58			D	F	Pab	Hb			3. Determinación de agudeza visual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	70	99173
											4.	P	D	R	50	

## DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS

**Definición Operacional.-** Actividad que se realiza en niños (as) de 3 a 11 años de edad, referidos con diagnóstico presuntivo de error refractivo, con el objetivo de determinar el tipo de error refractivo a través del examen de refracción e indicar el tratamiento; esta actividad está a cargo del médico oftalmólogo y/o tecnólogo médico en optometría bajo la supervisión del médico oftalmólogo, se brinda en establecimientos de salud con capacidad resolutive u oferta móvil, incluye la segunda consejería.

- **Refracción con cicloplejia**
  - Cicloplejia (Dilatación pupilar)
  - Retinoscopia
- **Refracción**
  - Refracción subjetiva
  - Refracción con autoqueratorefractómetro.
  - Retinoscopia
- **Consejería en Salud Ocular**

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

- En el 1º casillero: se registra el diagnóstico identificado de la Refracción.
  - Miopía
  - Hipermetropía
  - Astigmatismo
- En el 2º casillero se registra el procedimiento realizado (Ejemplo refracción (subjetiva), refracción cicloplégica y otros), un casillero por cada procedimiento.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero se registra “D” “ cuando el diagnóstico es confirmado por primera vez y “R” cuando

el diagnóstico es repetido.

- En el 2º casillero se registra siempre “D” en caso del procedimiento realizado.

### Refracción con cicloplejia

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
13	02546946	1	Ocoña	5	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Miopía	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		H521
	45361	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Refracción cicloplégica	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		92016
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R

### Refracción sin cicloplejia

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
13	54609246	1	Belén	8	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Astigmatismo	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		H520
	23977	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Refracción	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		92015
					<input checked="" type="checkbox"/> D		Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R

## TRATAMIENTO DE ERRORES REFRACTIVOS

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades destinadas a brindar el tratamiento mediante la entrega de lentes correctores a los niños(as) de 3 a 11 años de edad, con diagnóstico de error de refracción, según prescripción del médico oftalmólogo. Esta actividad está a cargo del médico oftalmólogo y/o tecnólogo médico en optometría bajo la supervisión del médico oftalmólogo, se brinda en establecimientos de salud con capacidad resolutive u oferta móvil. Incluye la tercera consejería.

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

- En el 1º casillero se registra el diagnóstico identificado:
  - Miopía
  - Hipermetropía
  - Astigmatismo
- En el 2º casillero Prueba y ajuste de anteojos
- En el 3º casillero Consejería en salud ocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero Repetido se registra “R” para el diagnóstico de la morbilidad, por ser un paciente que ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- Para las demás actividades registrar siempre “D”.

En el ítem: LAB, registre:

- En el 3º casillero registre el número de la consejería

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
13	2546946	1	Ocoña	7	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Miopía	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	H521
	45351	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prueba de ajuste de anteojos	P	<input checked="" type="checkbox"/> R		Z460
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería en salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	

## CONTROL DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos dirigidos al niño(a) de 3 a 11 años de edad, que inició tratamiento por error refractivo con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento (verificación de uso de lentes) y determinar la mejoría de la agudeza visual con su mejor corrección (Lentes correctores). Es realizada por médico oftalmólogo, tecnólogo médico en optometría o profesional de la salud capacitado de establecimientos de salud (I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2) u oferta móvil. El 1er control se realiza a los 3 meses y el 2do control a los 6 meses a partir de la entrega de los lentes correctores. Incluye cuarta consejería

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

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado
  - Miopía
  - Hipermetropía
  - Astigmatismo
- En el 2º casillero: Prueba y ajuste de anteojos
- En el 3º casillero: Consejería en salud ocular
- En el 4º casillero Determinación de la agudeza visual

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero se registra "R" para el diagnóstico de la morbilidad por ser un paciente que ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- En el 2º casillero se registra "R" por ser un control, solo se registra con "D" cuando se inicia el tratamiento
- En el 3º y 4º casillero se registra siempre "D"

En el ítem: LAB, registre:

- En el 2º casillero se registra el número de consejería según corresponda
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del **OJO DERECHO**.
- En el 4º casillero se registra el resultado de la evaluación del **OJO IZQUIERDO**.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
13	2546946	1	Ocoña		5	M	PC	PESO	N	N	1. Miopía	P	D	R	H521	
	45351	58				F	Pab	TALLA			2. Prueba de ajuste de anteojos	P	D	R	Z460	
								Hb		R	R	3. Consejería en salud ocular	P	D	R	99401.16
										R	R	4. Determinación de la agudeza visual	P	D	R	30 99173
											P	D	R	20		

## TAMIZAJE DE LA PERSONA CON RIESGO DE GLAUCOMA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

**Definición Operacional.-** Atención realizada por personal de salud capacitado con el objetivo de identificar factores de riesgo para glaucoma: persona de 40 años a más de edad, antecedente familiar de glaucoma y presión intraocular elevada. Con dos o más factores de riesgo identificados, se deriva para evaluación por médico. Se realiza en los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1).

Actividad realizada por el personal de salud capacitado (Licenciada en Enfermería, Tecnólogo médico en Optometría y Médico general).

Incluye las siguientes actividades y procedimientos:

- En el 1º casillero -Examen de los ojos y de la visión
- En el 2º casillero - Determinación de la presión intraocular bilateral

- En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE “D”

En el ítem LAB, anote:

- En el 1° casillero se registra el resultado si es **NORMAL** la letra **(N)** y si es **ANORMAL (A)**
- En el 2° casillero se registra el resultado de la evaluación de la “PIO” del Ojo derecho.
- En el 3° casillero se registra el resultado de la evaluación de la “PIO” del Ojo izquierdo.
  - **N=** Normal 10 – 21 mmHg
  - **A=** Anormal > 21 mmHg

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																
13	84257962	1	Lima	61	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> PC	PESO		N	N	1. Examen de los ojos y la visión	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	A	2010
	945530	58			<input type="checkbox"/> F	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Determinación de la presión intraocular	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	N	92100
					<input type="checkbox"/> D		Hb		R	R	3.	P	D	R	A	

## EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE GLAUCOMA

**Definición Operacional.**- Atención realizada por médico capacitado o tecnólogo médico en optometría con el objetivo de identificar y evaluar a la persona con dos o más factores de riesgo para glaucoma y establecer el diagnóstico presuntivo para su posterior referencia, esta actividad se realiza en los establecimientos de salud del primer nivel (I-2, I-3, I-4) y excepcionalmente segundo nivel de atención (II-1) con población asignada.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud para el diagnóstico

- En el 1º casillero el diagnóstico de sospecha se glaucoma.
- En el 2º casillero el diagnóstico de consejería en salud ocular.
- En el 3º casillero la determinación de la presión intraocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero se coloca “P” cuando se trate de un diagnóstico presuntivo por descartar, “D” si el diagnóstico es confirmado por primera vez y “R” en los controles.
- En el 2º y 3º casillero SIEMPRE “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1° casillero RF para indicar la referencia indicada.
- En el 2 casillero registra el número de la consejería.
- En el 3° casillero el resultado de la evaluación del OD según corresponda.
- En el 4° casillero el resultado de la evaluación de la “PIO” del OI según corresponda.
  - **N=** Normal 10 – 21 mmHg
  - **A=** Anormal > 21 mmHg

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /																
13	56412256	1	Ferreñafe	61	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> PC	PESO		N	N	1. Sospecha de glaucoma	<input checked="" type="checkbox"/> P	D	R	RF	H40.0
	349550	58			<input type="checkbox"/> F	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en Salud Ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99401.16
					<input type="checkbox"/> D		Hb		R	R	3. Determinación de la presión intraocular	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	N	92100
								N	N	4.	P	D	R	A		
								R	R	5.	P	D	R			

## DIAGNÓSTICO DE GLAUCOMA

**Definición Operacional.-** Actividades y procedimientos que tienen por finalidad evaluar integralmente y establecer el diagnóstico definitivo de glaucoma a la persona de 40 años de edad a más. Está a cargo del médico oftalmólogo de los establecimientos de salud con capacidad resolutive (segundo o tercer nivel de atención que cuenten con servicio de oftalmología y excepcionalmente de las categorías I-4 y II-1).

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

- En el 1° casillero registre cualquiera de los diagnósticos siguientes:
  - Sospecha de Glaucoma (H40.0)
  - Glaucoma no Especificado (H40.9)
  - Glaucoma Primario de Angulo Abierto (H40.1)
  - Glaucoma Primario de Angulo Cerrado (H40.2)
- En los siguientes casilleros se deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta:
  - Gonioscopia (92020)
  - Tonometría (92100)
  - Oftalmoscopia Indirecta (92226)
  - Microscopía Binocular (92504)
  - Consejería en Salud Ocular (99401.16)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1° casillero se registra “D” cuando el diagnóstico es confirmado por primera vez y “R” cuando el diagnóstico es repetido.
- En los casilleros donde se registran los procedimientos siempre es “D”.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO(*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
13	84257962	1	Lima	61	M	PC	PESO	N	N	1. Glaucoma primario de ángulo abierto	P	D	R		H402
	945530	58			F	Pab	TALLA	R	R	2. Gonioscopia	P	D	R		92020
					D		Hb	R	R	3. Determinación de la presión intraocular	P	D	R	N	92100
												4			

## TRATAMIENTO DE GLAUCOMA

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos orientados a brindar tratamiento a la persona de 40 años de edad a más con diagnóstico definitivo de un tipo de glaucoma, sea farmacológico, láser o quirúrgico según determinación del médico oftalmólogo capacitado. Se realiza en el establecimiento de salud con capacidad resolutive del II y III nivel de atención, donde se realizó el diagnóstico.

Incluye las siguientes actividades y procedimientos según corresponda al tipo de Glaucoma se puede considerar:

- **Tratamiento láser**
  - Iridotomía láser (66761)
  - Iridoplastia láser (66762)
  - Trabeculoplastía (65855)

- **Tratamiento quirúrgico – cirugía filtrante**
  - Trabeculectomía (66170)
  - Derivación de humor acuoso a un reservorio extra ocular (p. ej. Molteno, Schocket, Denver-Krupin) (66180).
- **Tratamiento quirúrgico – ciclodestructivo**
  - Ciclocrioterapia (66720)
  - Ciclofotocoagulación vía transescleral (66710)
  - Endociclofotocoagulación vía transendoscópica (66711)

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

- En el 1° casillero registre el diagnóstico específico del tipo de glaucoma.
- En el 2° casillero procedimiento realizado para el diagnóstico.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1° casillero para el diagnóstico “D” cuando se diagnostica por primera vez, en los controles es “R”.
- En los casilleros donde se registran los procedimientos siempre “D”.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABILECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO(*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
13	84257962	1	Lima	61	M	PC	PESO	N	N	1. Glaucoma primario de ángulo abierto	P	D	R		H401
	945530	58			M		TALLA	C	C	2. Iridotomía laser	P	D	R		66761
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	



*Quando el tratamiento es farmacológico, solamente se registra el diagnóstico.*

## CONTROL DE PERSONAS CON GLAUCOMA

**Definición Operacional.**- Conjunto de actividades y procedimientos que permiten la evaluación integral oftalmológica, adherencia al tratamiento y la evolución de la enfermedad de la persona de 40 años de edad a más, con diagnóstico de Glaucoma, que inició tratamiento indicado por el médico oftalmólogo en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención (excepcionalmente aquellos con capacidad resolutoria del primer nivel). Se realizan dos controles: Primer control a los 3 meses y el segundo control a los 6 meses del primer control.

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

- En el 1° casillero el diagnóstico identificado.
  - En los siguientes casilleros deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta
    - Microscopía Binocular (92504)
    - Tonometría (92100)
    - Oftalmoscopia Indirecta (92226)
    - Consejería en Salud Ocular (99401.16)
    - Gonioscopia (92020)

En el ítem: Tipo de diagnóstico,

- En el 1° casillero marque “R” por tratarse de control.
- En los siguientes casilleros deberá marcar “D” a los procedimientos realizados durante la consulta.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
13	84257962	1	Lima	61	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Glaucoma primario de ángulo cerrado	P	D	<input checked="" type="checkbox"/> R	A	H402	
	945530	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	F	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Tonometría	P	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	N	92100
					<input type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	N	

## TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE CATARATA MEDIANTE EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

**Definición Operacional.**- Intervención realizada con el objetivo de efectuar el examen de los ojos y la determinación de la agudeza visual con ocluser con agujero estenopeico, para detectar algún grado de disminución de la misma o ceguera causada probablemente por catarata en personas de 50 años a más de edad, como parte de la atención integral de salud, a cargo de un personal de salud capacitado de establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y excepcionalmente segundo nivel de atención (II-1) con población asignada. Se realiza una (01) vez al año.

### Actividad realizada por personal técnico de salud capacitado del primer nivel de atención

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

- En el 1º casillero Determinación de la Agudeza Visual

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el resultado de la evaluación del OJO DERECHO según corresponda
- En el 2º casillero el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO según corresponda:
  - Agudeza Visual 20/20 registrar: **20**
  - Agudeza Visual 20/25 registrar: **25**
  - Agudeza Visual 20/30 registrar: **30**
  - Agudeza Visual 20/40 registrar: **40**
  - Agudeza Visual 20/50 registrar: **50**
  - Agudeza Visual 20/70 registrar: **70**
  - Agudeza Visual 20/100 registrar: **100**
  - Agudeza Visual 20/200 registrar: **200**
  - Agudeza Visual 20/400 registrar: **400**
  - Agudeza Visual < 20/400, registrar: **800**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				
13	98822417	1	Cusco	68	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Determinación de la agudeza visual	P	<input checked="" type="checkbox"/> X	R	70	99173
	2147852	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	F	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2.	P	D	R	200
					<input type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

### Actividad realizada por personal profesional de la salud capacitado (médico general, enfermera, tecnólogo médico en optometría)

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

- En el 1º casillero Examen de los Ojos y de la Visión
- En el 2º casillero Determinación de la agudeza visual

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

En el ítem: LAB, registre:

- En el 1º casillero, se registra el resultado si es NORMAL la sigla (N) y si es ANORMAL (A)
- En el 2º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas ya mencionadas.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIEN TO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS				
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /								
13	59416528	1	Trujillo	74	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1. Examen de los ojos y de la visión			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A	Z010
	54680	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Determinación de la agudeza visual			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	70	99173
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.			P	D	R	200	

## EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE CATARATA

**Definición Operacional.-** Actividades y procedimientos que tienen por objetivo establecer el diagnóstico presuntivo de disminución de la agudeza visual o ceguera por catarata en personas de 50 años a más de edad, identificadas durante el tamizaje. Lo realiza el médico general capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1).

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

- En el 1º casillero diagnóstico.
- En el 2º casillero conjería de salud ocular.
- En el 3º casillero determinación de la agudeza visual.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque **SIEMPRE “P”**

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero **“RF”** para indicar la referencia REALIZADA
- En el 2º casillero el número de conjería en salud ocular
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO
- En el 4º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas ya mencionadas

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIEN TO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS				
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____								
23	725441482	2	Camaná	76	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1. Catarata Senil no especificada			<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	RF	H259
	483438	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Conserjería en salud ocular			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.16
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. Determinación de la agudeza visual			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	200	99173
								Hb		R	R	4.			P	D	R	400	

## DIAGNÓSTICO DE CEGUERA POR CATARATA

**Definición Operacional.-** Intervención dirigida a personas de 50 años a más de edad, con disminución de la agudeza visual y/o ceguera referidos con diagnóstico presuntivo de catarata, con el objetivo de establecer el diagnóstico definitivo de catarata y realizar la evaluación integral de la persona para determinar el grado de dificultad de la cirugía a realizar. Se brinda en establecimientos de salud con capacidad resolutoria (segundo o tercer nivel de atención que cuenten con servicio de oftalmología y excepcionalmente de las categorías I-3, I-4 y II-1).

- En el 1º casillero el diagnóstico del tipo de catarata.
- En los siguientes casilleros se deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta:
  - Oftalmoscopia Indirecta (92226)
  - Microscopía Binocular (92504)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero para el diagnóstico **“D”** cuando se diagnostica por 1º vez, en los controles es **“R”**
- En el 2º y 3º casillero se registra el procedimiento, siempre con **“D”**.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
13	84257962	1	Lima	61	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Catarata senil, tipo Morgagnian	P	<input checked="" type="checkbox"/> R			H252
	945530	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Oftalmoscopia indirecta	P	<input checked="" type="checkbox"/> R			92226
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

### En caso de Catarata infantil

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
22	10025474	1	Lima	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Catarata infantil	P	<input checked="" type="checkbox"/> R			H260
	124456	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Oftalmoscopia indirecta	P	<input checked="" type="checkbox"/> R			92226
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

### TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CATARATA

**Definición Operacional.-** Conjunto de procedimientos y actividades orientadas a mejorar la salud visual mediante el tratamiento quirúrgico y control post operatorio de la persona de 50 años de edad a más, con diagnóstico de ceguera por catarata. La intervención por cirugía como método de tratamiento es sumamente eficaz y permite la rehabilitación visual casi inmediata y se realiza mediante la inserción de un lente intraocular (Incisión Extracapsular del Cristalino o Incisión Pequeña y Facoemulsificación), de acuerdo a la normatividad vigente .

En el ítem diagnóstico motivo de consulta se puede anotar cualquiera de los siguientes tratamientos quirúrgicos especializado:

- Facofragmentación (Facoemulsificación) (66850)
- Extracción extracapsular de catarata con implante de lente intraocular (66984)
- MININUC con implante de Lente Intraocular (LIO) (66993)

En el ítem Lab, registre el grado de dificultad de la cirugía:

- **1** = Baja Dificultad
- **2** = Mediana Dificultad
- **3** = Alta Dificultad

### Grado de Dificultad en las Intervenciones Quirúrgicas de Cataratas

Grado de Dificultad	Puntaje	Facilidad de la Cirugía
<b>1 = BAJO</b>	20	Potencialmente Fácil
<b>2 = MODERADO</b>	21 – 40	Potencialmente Difícil
<b>3 = ALTO</b>	41 – 60	Potencialmente Muy Difícil

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
13	84257962	1	Lima	61	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Extracción de catarata extracapsular con implante LIO	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	1		66982
	945530	58			<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> X	2.	P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO(*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
13	10025474	1	San Juan	58	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO		N	N	1. Facofragmentación (mecánica o ultrasonido) con aspiración	P	<input checked="" type="checkbox"/> R	2	66850
	254786	58		58	<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> R	<input checked="" type="checkbox"/> R	2.	P	D	R	
					<input type="checkbox"/> D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R

### En el Registro de las Intervenciones Quirúrgicas por Catarata:

Para el registro de intervenciones quirúrgicas por Catarata deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

- Las intervenciones y procedimientos de los equipos móviles (Locales, Regionales y del INO) deben ser registradas en el formulario del sistema HIS Minsa y luego entregados al establecimiento donde se realiza la atención especializada.
- Los establecimientos de salud deberán realizar el ingreso de los datos generales del personal de los equipos móviles (Locales, Regionales y del INO) para su identificación en la base de datos.
- Los establecimientos de salud donde se realice la atención de equipos móviles (Locales, Regionales y del INO) deben remitir el reporte de las actividades del mes al coordinador de la estrategia de su región para que sea remitida a la institución responsable de la atención.

### CONTROL POST OPERATORIO DE CIRUGÍA DE CATARATA

**Definición Operacional.-** Intervención dirigida a personas pobres y extremadamente pobres mayores de cincuenta (50) años de edad que luego de ser intervenidas quirúrgicamente son evaluados en la consulta médica. Se brinda en establecimientos de salud de las categorías II-1, II-2, III-1 y III-2 dependiendo del tipo de control a ser realizado, asimismo en aquellos establecimientos con capacidad resolutoria quirúrgica y en aquellos casos donde se realizó la intervención por oferta móvil.

#### EN EL CONTROL POST OPERATORIO:

Controles	Periodicidad	Procedimientos	Responsabilidad
1º Control	Al día siguiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agudeza visual</li> <li>• Edema corneal</li> <li>• Uveítis</li> <li>• Lente intraocular</li> </ul>	Médico Cirujano de oferta fija como flexible (móvil).
2º Control	A la semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agudeza visual</li> <li>• Presión Intraocular - PIO</li> <li>• Edema corneal</li> <li>• Uveítis</li> <li>• Lente intraocular</li> </ul>	El Médico Oftalmólogo del II o III nivel de atención, de no haber servicio de oftalmología deberá ser realizado por Médico de I nivel capacitado.
3º Control	Al mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agudeza visual</li> <li>• Presión Intraocular - PIO</li> <li>• Edema corneal</li> <li>• Uveítis</li> <li>• Lente intraocular</li> </ul>	El Médico Oftalmólogo del II o III nivel de atención, de no haber servicio de oftalmología deberá ser realizado por Médico de I nivel capacitado.
4º Control	A los dos meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capsulotomía posterior con YAG LASER en los casos que se opacifique la Cápsula Posterior: se realizará en el 15 al 70% de los pacientes operados de catarata.</li> <li>• Presión Intraocular - PIO</li> <li>• Refracción.</li> <li>• En niños sin lente intraocular, lentes de contacto.</li> </ul>	El Médico Oftalmólogo del II o III nivel de atención, de no haber servicio de oftalmología deberá ser referido por Médico del I nivel capacitado.

### Cuando el personal de salud no médico realiza el control:

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

- En el 1º casillero Cuidado Posterior a la Cirugía
- En los siguientes casilleros deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque:

- SIEMPRE Repetido “R” para cuidado posterior a la Cirugía debido a que este registro lo realizará el oftalmólogo de forma definitiva.
- Para las demás actividades y/o procedimientos colocar siempre Definitivo “D”.

En el ítem Lab, registre:

- En el 1º casillero registre el número de control post-operatorio 1, 2, 3, 4... según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																
23	85421548	2	Moyobamba	64	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Cuidados posteriores a la cirugía (Catarata)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	66982.01
	485682	58			<input type="checkbox"/>	F	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Determinación de la Agudeza Visual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	70	99173
					<input type="checkbox"/>			Hb	R	R	3.	P	D	R	50	

### Cuando el Médico realiza el control:

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

- En el 1º casillero el diagnóstico catarata senil.
- En el 2º casillero cuidados posteriores a la cirugía
- En los siguientes casilleros deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque:

- En el primer casillero se marca “R” por tratarse de diagnóstico repetido.
- A partir del segundo casillero, las actividades y/ procedimientos de control se marcan con “D” de definitivo.

En el ítem Lab, registre:

- En el 2º casillero se registra el número de control post operatorio 1, 2, 3, 4...según corresponda

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLECI	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___																
13	56412256	1	Ferreñafe	70	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Catarata senil	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		H259
	349550	58			<input type="checkbox"/>	F	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Cuidado posterior a la cirugía	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	66982.01
					<input type="checkbox"/>			Hb	R	R	3.	P	D	R		

## CONTROL Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO DE COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS

**Definición Operacional.-** Intervención dirigida a personas pobres y extremadamente pobres mayores de cincuenta (50) años de edad que luego de ser intervenidas quirúrgicamente son evaluados en la consulta médica y diagnosticados con complicaciones post quirúrgicas. Se brinda en establecimientos de salud con oftalmólogo.

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

- En el 1º casillero anote el diagnóstico de complicación quirúrgica que corresponde:
- En el 2º casillero Cuidado Posterior a la Cirugía
- En el 3º casillero consejería en salud ocular
- En los siguientes casilleros deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque

- En el 1º casillero “D” la primera vez que se diagnostica
- En el 2º casillero siempre “D”
- En el 3º casillero consejería en salud ocular siempre “D”

En el ítem Lab, registre:

- En el 2º casillero SIEMPRE el número de control post-operatorio 1, 2, 3, 4... según corresponda.
- En el 3º casillero SIEMPRE el número de consejería 1, 2, 3, 4... según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO(*)								P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
13	56412256	1	Piura	59	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Síndrome vítreo consecutivo a cirugía catarata	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	H590
	349550	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Cuidados posteriores a la cirugía catarata	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	66982.01
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Consejería en salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	99401.16

## DETECCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS CON RIESGO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos que permiten identificar a las personas con diabetes mellitus que puedan o no manifestar problemas visuales; esta actividad está a cargo del personal de salud capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1). Se brinda una (01) vez al año y complementa la valoración clínica de enfermedades crónicas no transmisibles.

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

- En el 1º casillero diagnóstico considerar los siguiente:
  - Diabetes Mellitus no especificada, con complicaciones no especificadas (E148)
- En el 2º casillero Determinación de la agudeza visual.

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque:

SIEMPRE Repetido “R” para el diagnóstico de la morbilidad por tratarse de caso en tratamiento.

- Para las demás actividades y/o procedimientos colocar siempre Definitivo “D”.

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas ya mencionadas.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
13	72541482	1	Camaná	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Diabetes Mellitus con complicaciones no especificadas	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	E148	
	483438	58			M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Determinación de agudeza visual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	50	99173
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	100	99401

## EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE RETINOPATÍA DIABÉTICA (RD)

**Definición Operacional.**- Conjuntos de actividades y procedimientos que se realizan a las personas con diabetes mellitus que fueron detectadas, que puedan o no manifestar problemas visuales, con el objetivo de realizar una evaluación ocular; esta actividad está a cargo del médico general capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1). Se brinda por lo menos una (01) vez al año y complementa la valoración clínica de enfermedades crónicas no transmisibles.

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

- En el 1º casillero diagnóstico considerar los siguiente:
  - Diabetes Mellitus no especificada, con complicaciones no especificadas (E148)
- En el 2º casillero examen de los ojos y de la visión
- En el 3º casillero Examen de fondo de ojo (Oftalmoscopia directa) o Retinografía según su capacidad resolutive.
- En el 4º casillero Consejería integral
- En el 5º casillero Determinación de la agudeza visual

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					
13	72541482	1	Camaná	61	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones no especializadas.	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	RF	E148
					M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Examen de los ojos y de la visión	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A	Z010
	483438	58			D	F	Pab	Hb	R	R	3. Consejería en salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.16
									R	R	4. Determinación de la agudez visual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	50	99173
								R	R	5.	P	D	R	100	99401	

## DIAGNÓSTICO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA (RD)

**Definición Operacional.**- Actividades y procedimientos que tienen por finalidad evaluar integralmente y establecer el diagnóstico definitivo de retinopatía diabética a la persona con diabetes mellitus, a cargo del médico oftalmólogo de los establecimientos de salud con capacidad resolutive (segundo o tercer nivel de atención que cuenten con servicio de oftalmología y excepcionalmente de las categorías I-4 y II-1).

**Para el diagnóstico considerar lo siguiente:**

- Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones oftálmicas E103
- Diabetes mellitus no insulinodependiente con complicaciones oftálmicas E113
- Retinopatía diabética H360
- Desprendimiento de retina por tracción o mixto H334
- Hemorragia del vítreo H431

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

- En el 1º casillero Diagnostico del tipo de Retinopatía Diabética.
- En el 2º casillero Examen de Oftalmoscopia Indirecta u otros procedimientos clínicos a realizar en la consulta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero para el diagnóstico “D” cuando se diagnóstica por 1º vez, en los controles es “R”
- En los casilleros donde se registran los procedimientos

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
12	84257962	1	Lima	60	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Desprendimiento de retina por tracción	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	H334	
	945530	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Oftalmoscopia indirecta	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	92226
					D			Hb	R	R	3.	P	D	R		

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
12	84257962	1	Lima	59	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Retinopatía diabética	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	H360	
	945530	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Retinografía	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	92250
					D			Hb	R	R	3.	P	D	R		

## TRATAMIENTO DE PERSONAS CON RETINOPATÍA DIABÉTICA

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos orientadas a mejorar la salud visual con la finalidad de prescribir el tratamiento y evaluar el proceso de evolución de la enfermedad de la persona con diagnóstico de Retinopatía Diabética. Está a cargo del médico oftalmólogo del establecimiento de salud con capacidad resolutoria del II y III nivel de atención.

Considerar dentro de tratamiento las siguientes actividades:

- Terapia láser (Fotocoagulación) (67145)
- Terapia intravítrea (Inyección Intravítrea) (67028)
- Cirugía vítrea (Vitrectomía) (67043)

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P			D
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
13	84257962	1	Lima	60	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Retinopatía diabética	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	H360	
	945530	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Vitrectomía	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	67043
					D			Hb	R	R	3.	P	D	R		

## CONTROL DE PERSONAS CON RETINOPATÍA DIABÉTICA

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos que permiten la evaluación integral oftalmológica, adherencia al tratamiento y la evolución de la enfermedad de la persona con diagnóstico de Retinopatía Diabética, que inició tratamiento indicado por el médico oftalmólogo en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención (excepcionalmente aquellos con capacidad resolutoria del primer nivel). Se realiza dos controles: 1er control a los 2 meses del inicio de tratamiento y el 2do control a los 4 meses del primer control.

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

- En el 1º casillero Morbilidad (Complicación post quirúrgica)
- En el 2º casillero Cuidado Posterior a la Cirugía
- En el 3º casillero colocar el procedimiento que realiza
  - Oftalmoscopia directa
  - Oftalmoscopia indirecta
- En los siguientes casilleros deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque:

- En el 1º casillero "D" si es la primera vez que se diagnostica y R si el diagnóstico es repetido.
- En el 2º y 3º casillero siempre "D"

En el ítem Lab, registre:

- En el 2º casillero SIEMPRE el número de control post-operatorio 1, 2, 3, 4... según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)								P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___										
13	84257962	1	Lima	60	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Retinopatía diabética	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		H360
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA	C	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Cuidado posterior a la cirugía	P	D	R	1	67028
	945530	58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Pab	Hb	R	R	3. Oftalmoscopia indirecta	P	D	R		92226

## ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO

### Detección de personas con Enfermedades Externas del Ojo.

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos que permiten identificar a las personas con enfermedades externa del ojo; esta actividad está a cargo del profesional de salud capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Se brinda una (01) vez al año.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado
  - Examen de los ojos y de la visión
- En el 2º casillero: Consejería en salud ocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º se registra "D" " cuando el diagnóstico es confirmado por primera vez.
- En el 2º casillero se registra siempre "D"

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
13	91452672	1	Lima	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Examen de ojos y de la visión	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A	Z010
	526152	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.16
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

### Diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo

**Definición Operacional.**- Conjunto de actividades y procedimientos orientados a diagnosticar las enfermedades externas del ojo (conjuntivitis, blefaritis orzuelo, chalazión); esta actividad está a cargo del médico general capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1).

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

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado
  - Orzuelo
  - Chalazión
  - Blefaritis
  - Conjuntivitis
- En el 2º casillero: Consejería en salud ocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º se registra "D" " cuando el diagnóstico es confirmado por primera vez.
- En el 2º casillero se registra siempre "D"

### Si la enfermedad es diagnosticada como Chalazión

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D			R
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																
13	91452672	1	Lima	31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Chalazion	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		H001
	526152	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401.16
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

### Tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo

**Definición Operacional.**- Conjunto de actividades y procedimientos orientados a brindar tratamiento a la persona con enfermedad externa del ojo (conjuntivitis, blefaritis, orzuelo, chalazión). Esta actividad está a cargo del médico general capacitado del 1er nivel de atención.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado
  - Blefaritis
  - Conjuntivitis
  - Orzuelo
  - Chalazión
- En el 2º casillero: Consejería en salud ocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º se registra "D" " cuando el diagnóstico es confirmado por primera vez.

En el 2º casillero se registra siempre “D”

### Cuando el tratamiento es farmacológico

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
13	91452672	1	Lima	25	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Conjuntivitis	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	H109
	526152	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Consejería en salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	99401.16
					<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

### Tratamiento Especializado de Complicaciones de Párpado

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos orientados a brindar tratamiento médico o quirúrgico a la persona con complicaciones de párpado (orzuelo y chalazión). Esta actividad está a cargo del médico oftalmólogo de los establecimientos de salud con capacidad resolutoria (segundo o tercer nivel de atención que cuenten con servicio de oftalmología y excepcionalmente de las categorías I-3 y I-4). Se brinda por lo menos una (01) vez al año.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado
  - Orzuelo
  - Chalazión
- En el 2º casillero: Consejería en salud ocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º se registra “D” cuando el diagnóstico es confirmado por primera vez.
- En el 2º casillero se registra siempre “D”.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				
13	91452672	1	Lima	31	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Orzuelo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	H000
	526152	58			<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> M		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	2. Consejería en salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	99401.16
					<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

### DETECCIÓN DE PERSONAS CON TRACOMA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos que permiten identificar a las personas con tracoma; esta actividad está a cargo del personal de salud capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1). Se brinda como parte de la atención integral en localidades identificadas con riesgo endémico de tracoma.

Se realiza una (01) vez al año

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

- En el 1º casillero diagnóstico considerar los siguiente:
  - Tracoma no especificado
- En el 2º casillero examen de los ojos y de la visión
- En el 3º casillero consejería en salud ocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque:

- En el ítem: Tipo de diagnóstico marque **SIEMPRE “P”**
- Para las demás actividades y/o procedimientos colocar siempre Definitivo “D”.

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero se registra el resultado si es normal la sigla (**N**) y si es anormal (**A**)
- En el 3º casillero el número de salud ocular.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMI.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															
13	84257962	1	Maynas	25	M	PC	PESO	N	N	1. Tracoma	P	D	R		A719
	945530	58			D	F	Pab	Hb	R	R	2. Examen de los ojos y de la visión	P	D	R	A
											3. Consejería en salud ocular	P	D	R	1

## DIAGNÓSTICO DE TRACOMA

**Definición Operacional.-** Actividades y procedimientos que tienen por finalidad evaluar integralmente y establecer el diagnóstico definitivo de Tracoma, a cargo del médico oftalmólogo del establecimiento de salud con capacidad resolutoria (segundo o tercer nivel de atención que cuenten con servicio de oftalmología y excepcionalmente de las categorías I-4 y II-1.

**Para el diagnóstico considerar las siguientes posibilidades:**

- Tracoma no especificado (A719)
- Triquiasis palpebral (H020)

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

- En el 1º casillero Diagnóstico
- En el 2º casillero Examen de microscopía binocular 92504.
- En el 3º casillero consejería en salud ocular.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero para el diagnóstico “D” cuando se diagnostica por 1º vez, en los controles es “R”
- En el 2 y 3 casillero donde se registran los procedimientos siempre “D”.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMI.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /															
13	84257962	1	Maynas	61	M	PC	PESO	N	N	1. Triquiasis palpebral	P	D	R		H020
	945530	58			D	F	Pab	Hb	R	R	2. Microscopia Binocular	P	D	R	92504
											3. Consejería en salud ocular	P	D	R	

## TRATAMIENTO DE PERSONAS CON TRACOMA

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos orientados a mejorar la salud visual con la finalidad de prescribir el tratamiento y evaluar el proceso de evolución de la enfermedad de la persona con diagnóstico de Tracoma. Está a cargo del médico oftalmólogo capacitado de establecimientos de salud con capacidad resolutoria del II y III nivel de atención.

Incluye las siguientes actividades y procedimientos según corresponda, se puede considerar:

### Cuando el tratamiento es farmacológico, solamente se registra el diagnóstico

#### Tratamiento Quirúrgico

- Corrección de triquiasis (67830).

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

- En el 1° casillero diagnóstico
- En el 2° casillero procedimiento realizado para el diagnóstico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1° casillero para el diagnóstico D cuando se diagnostica por 1 vez, en los controles es R.
- En los casilleros donde se registran los procedimientos siempre "D"

#### Cuando el tratamiento es quirúrgico

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
13	84257962	1	Lima	60	M	PC	PESO	N	N	1. Tracoma	P	D	X		A719
	945530	58			M		TALLA	X	X	2. Corrección de triquiasis	P	X	R		67830
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	

### CONTROL DE PERSONAS CON TRACOMA

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos que permiten la evaluación integral oftalmológica y la evolución de la enfermedad de la persona con diagnóstico de triquiasis palpebral por tracoma, que recibió tratamiento quirúrgico indicado por el médico oftalmólogo en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención (excepcionalmente aquellos con capacidad resolutoria del primer nivel). Se realizan tres controles: 1er control a las 24 horas de realizada la cirugía, 2do control a los 7 días posteriores a la cirugía y 3er control a los 2 meses posteriores a la cirugía.

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

- En el 1º casillero Morbilidad
- En el 2º casillero Cuidado Posterior a la Cirugía
- En los siguientes casilleros deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque:

- En el 1º casillero "R" por ser un diagnóstico repetido.
- En el 2º casillero siempre "D"

En el ítem Lab, registre:

- En el 2º casillero SIEMPRE el número de control post-operatorio 1, 2 o 3 según corresponda.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECI	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPMS
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								CENTRO POBLADO (*)	P	D		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
13	84257962	1	Maynas	61	M	PC	PESO	N	N	1. Tracoma	P	D	X		H020
	945530	58			M		TALLA	X	X	2. Cuidado posterior a la cirugía	P	X	R	2	66982.01
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R	







## MINISTERIO DE SALUD

Av. Salaverry 801 - Jesús María, Lima

Telef: (01) 315 6600

[www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)

INFOSALUD: 0800-10828