

# MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis



*Sistema de Información HIS*

# **MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS**

**DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS**

**Sistema de Información HIS**

**LIMA - PERU**

**2025**

## Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Manual de registro y codificación de las Actividades de Prevención y Control de Tuberculosis 2025. Sistema de información HIS / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis. Oficina General de Tecnologías de la Información. Oficina de Gestión de la Información - Lima: Ministerio de Salud; 2025.

49 p. ilus.

TUBERCULOSIS / SISTEMAS DE INFORMACIÓN / SISTEMA DE REGISTROS / SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD / CODIFICACIÓN CLÍNICA / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / SISTEMA DE REGISTROS MÉDICOS COMPUTARIZADOS

Hecho el depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2025-15585

### **Manual de Registro y Codificación de las Actividades de Prevención y Control de Tuberculosis 2025. Sistema de información HIS.**

Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis. Oficina General de Tecnologías de la Información. Oficina de Gestión de la Información (MINSA/DGIESP/DPCTB-OGTI/OGEI)

#### **Responsables de la elaboración:**

Ing. Cecilia Ruth Figueroa Benites, Equipo técnico, MINSA / DGIESP / DPCTB.

Lic. Jean Frank Reyes Huerta, Equipo técnico, MINSA / DGIESP / DPCTB.

#### **Equipo de trabajo:**

Ing. Esaú de la Cruz Fuentes, Equipo técnico, MINSA / DGIESP / DPCTB.

Lic. Denisse Anne Vela Trejo, Equipo técnico, MINSA / DGIESP / DPCTB.

Lic. Kattia Rosario Quiroz, Equipo técnico, MINSA / DGIESP / DPCTB.

#### **Revisión y validación:**

M.C. José Alfredo Ortiz Gutierrez, Director Ejecutivo, MINSA / DGIESP / DPCTB.

#### **Equipo de Trabajo OGEI/OGTI:**

Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina Gestión de la Información

Adhemir Reynel Bellido Delgado, Equipo Técnico de la Oficina Gestión de la Información

#### **Diseño y diagramación:**

Lic. Julie Guillen Ramos, Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información.

Lic. Alfonso André Apaestegui Ortega, Equipo técnico, MINSA / DGIESP / DPCTB

Lic. Cecilia Amparo Bernabé Chávez, Equipo técnico, MINSA / DGIESP / DPCTB

© MINSA, diciembre 2025

#### **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)

1ra. edición, junio 2024

2da. edición, diciembre 2025

Versión Disponible: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7976.pdf>



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**LUIS NAPOLEÓN QUIROZ AVILÉS**

Ministro de Salud

**LEONARDO RONYALD ROJAS MEZARINA**

Viceministro de Salud Pública

**SHIRLEY MONZÓN VILLEGAS**

Viceministro de Prestaciones y

Aseguramiento en Salud

**CARLOS BERNARDO LINARES ARCELA**

Secretario General

**JOSÉ ENRIQUE PÉREZ LU**

Director General de la Oficina General

de Tecnologías de la Información

**VALENTINA ANTONIETA ALARCÓN GUIZADO**

Directora General de la Dirección General  
de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

**JOSÉ ALFREDO ORTIZ GUTIÉRREZ**

Director Ejecutivo de la Dirección  
de Prevención y Control de Tuberculosis

## PRESENTACIÓN

En el marco del Decreto Supremo N° 008-2017-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (MINSa), la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis (DPCTB), como órgano de línea de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, es responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los afectados con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad y realiza seguimiento y evaluación de las políticas planes y programas a cargo.

Sus lineamientos están orientados al cumplimiento de cuidado integral de la persona afectada por tuberculosis (PAT), familia y comunidad, mediante las intervenciones de prevención, control, manejo clínico, recuperación y soporte; con enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad.

Consideramos que el registro de las actividades de prevención y control de la tuberculosis, son de suma importancia en el sistema de información para la consolidación, reporte, análisis y toma de decisiones, que puedan responder a los problemas sanitarios. En este contexto presentamos la actualización del **Manual de registro y codificación de las actividades de prevención y control de tuberculosis**, para su difusión y homogenización de criterios en la recopilación y codificación de diagnósticos CIE 10 y Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios (CPMS) del Ministerio de Salud.

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>GENERALIDADES .....</b>	<b>9</b>
<b>Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10).....</b>	<b>9</b>
Cuadro N°01: Diagnósticos CIE 10.....	9
<b>Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios (CPMS): .....</b>	<b>9</b>
Cuadro N°02: Actividades y procedimientos de prevención en TB extraídos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios (CPMS)-MINSA.....	10
Cuadro N°3: Actividades y procedimientos de detección, diagnósticos y tratamiento de TB extraídos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios (CPMS)-MINSA.....	10
Base legal .....	11
<b>Instrucciones para el registro y codificación de las actividades de prevención y control de tuberculosis .....</b>	<b>12</b>
 <b>ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN EN TUBERCULOSIS .....</b>	 <b>14</b>
<b>Consejería para TB .....</b>	<b>14</b>
<b>Sesión educativa y demostrativa para TB .....</b>	<b>16</b>
<b>Estudio de contactos .....</b>	<b>17</b>
Censo de contactos .....	17
Examen de contactos .....	18
Examen de contactos de PAT sensible.....	19
Examen de contactos de PAT resistente.....	19
<b>Visita domiciliaria de seguimiento de contacto .....</b>	<b>20</b>
<b>Prueba para diagnóstico de TB latente.....</b>	<b>20</b>
Aplicación de prueba para TB latente.....	20
Lectura de prueba para TB latente .....	21
<b>Terapia previa para tuberculosis latente.....</b>	<b>22</b>
Administración de terapia preventiva en contactos de casos con TB sensible .....	22
Administración de terapia preventiva en contactos de casos con TB resistente .....	22
Administración de terapia preventiva en población vulnerable para TB .....	23
<b>Visita domiciliaria en caso de inasistencia a la terapia preventiva para TB .....</b>	<b>24</b>



## **ACTIVIDADES DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO PARA TUBERCULOSIS ..... 25**

<b>Búsqueda pasiva .....</b>	<b>25</b>
Casos de TB presuntiva .....	25
<b>Búsqueda activa.....</b>	<b>26</b>
En caso de radiografía normal .....	26
En caso de radiografía anormal.....	27
<b>Diagnóstico de casos de tuberculosis.....</b>	<b>27</b>
<b>Visita domiciliaria al diagnóstico del caso de TB .....</b>	<b>28</b>
<b>Procedimientos especiales para obtención de muestras para diagnóstico de tuberculosis.....</b>	<b>29</b>
Lavado gástrico (aspirado gástrico).....	29
Inducción del esputo .....	30
<b>Tamizaje para VIH en persona afectada por tuberculosis .....</b>	<b>30</b>
<b>Comorbilidad TB - diabetes .....</b>	<b>31</b>
Tamizaje para diabetes mellitus en PAT .....	31
Diagnostico comorbilidad TB - diabetes .....	31
<b>Reacción adversa a medicamentos para TB (RAM) .....</b>	<b>32</b>
<b>Derivación y transferencias .....</b>	<b>32</b>
Derivación .....	32
Transferencia.....	33

## **ACTIVIDADES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS ..... 34**

<b>Evaluación médica .....</b>	<b>34</b>
Evaluación médica en PAT con TB sensible.....	34
Evaluación médica en PAT con TB resistente.....	34
<b>Atención en consultorio de enfermería.....</b>	<b>35</b>
Atención en consultoría de enfermería en PAT con TB sensible .....	35
Atención en consultorio de enfermería en PAT con TB resistente .....	36
<b>Tratamiento directamente observado (DOT).....</b>	<b>36</b>
DOT para TB sensible .....	36
DOT para TB resistente .....	37

<b>Control de tratamiento .....</b>	<b>38</b>
<b>Visita domiciliaria en caso de inasistencia al tratamiento directamente observado (DOT) ...</b>	<b>39</b>
<b>Reto ante reacción adversa a medicamentos .....</b>	<b>39</b>
Inicio de reto .....	39
Termino de reto .....	40
<b>Atención de servicio social .....</b>	<b>40</b>
Atención de servicio social en PAT con TB sensible .....	41
Atención de servicio social en PAT con TB resistente .....	42
<b>Atención en salud mental.....</b>	<b>43</b>
Identificación de problemas de salud mental .....	43
<b>Atención en nutrición.....</b>	<b>48</b>



## GENERALIDADES

**Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10):** Ofrece una manera de poder registrar una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, quejas y circunstancias de tipo social que están ocupando el lugar de los diagnósticos en los registros de salud.

**Cuadro N° 01:**  
**Diagnósticos CIE 10**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
<b>A150</b>	TB pulmonar.
<b>A156</b>	Pleuresía tuberculosa.
<b>A163</b>	Tuberculosis de ganglios linfáticos intratorácicos.
<b>A164</b>	Tuberculosis de laringe, tráquea y bronquios.
<b>A171</b>	Tuberculoma meníngeo.
<b>A179</b>	Tuberculosis del sistema nervioso.
<b>A180</b>	Tuberculosis de huesos y articulaciones.
<b>A181</b>	Tuberculosis del aparato genitourinario.
<b>A182</b>	Linfadenopatía periférica tuberculosa.
<b>A183</b>	Tuberculosis de los intestinos, el peritoneo y los ganglios mesentéricos.
<b>A184</b>	Tuberculosis de la piel y el tejido subcutáneo.
<b>A185</b>	Tuberculosis del ojo.
<b>A186</b>	Tuberculosis del oído.
<b>A187</b>	Tuberculosis de glándulas suprarrenales.
<b>A188</b>	Tuberculosis de otros órganos especificados.
<b>A19.9</b>	Tuberculosis miliar.
<b>K67.3</b>	Peritonitis tuberculosa.
<b>E149</b>	Diabetes mellitus.

\*Las formas extrapulmonares más frecuentes en el país son la pleural, ganglionar e intestinal.

**Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios (CPMS):** Contiene la relación ordenada de las denominaciones y códigos de las identificaciones estándar. Está basado en la codificación y clasificación internacional del Current Procedural Terminology (CPT) de la Asociación Médica Americana (AMA).

**Cuadro N° 02**

**Actividades y procedimientos de prevención en TB extraídos del atálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios (CPMS) – MINSA**

<b>COD.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS/ ACTIVIDADES</b>
<b>99199.12</b>	Administración de terapia preventiva para contactos de TB sensible.
<b>99199.59</b>	Administración de terapia preventiva para contactos de TB resistente.
<b>99199.60</b>	Administración de terapia preventiva para población vulnerable para TB.
<b>99199.57</b>	Censo de contactos.
<b>99401.33</b>	Consejería pre-test para VIH.
<b>99403.03</b>	Consejería posttest para VIH - resultado reactivo.
<b>99401.34</b>	Consejería posttest para VIH - resultado no reactivo.
<b>C0011.01</b>	Visita familiar integral de Identificación de riesgos y necesidades.
<b>C0011</b>	Visita familiar integral.
<b>C0010</b>	Sesión demostrativa.
<b>C0009</b>	Sesión educativa.
<b>99401.36</b>	Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria.
<b>99401.13</b>	Consejería en estilos de vida saludable.
<b>99210.06</b>	Registro en el padrón de beneficiarios para acceso al Programa de Alimentación y Nutrición del Afectado por Tuberculosis (PANTBC).
<b>99403.01</b>	Consejería nutricional.
<b>99216</b>	Atención en consultorio de enfermería.
<b>99499.08</b>	Teleorientación síncrona.
<b>99499.10</b>	Telemonitoreo.
<b>99199.1</b>	Seguimiento de contacto.
<b>90806.06</b>	Seguimiento de TPT.

**Cuadro N° 03**

**Actividades y procedimientos de detección, diagnóstico y tratamiento de TB extraídos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios (CPMS) – MINSA**

<b>COD.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS/ ACTIVIDADES</b>
<b>99199.58</b>	Recolección de muestra para tuberculosis (TB)
<b>91105</b>	Lavado gástrico (aspirado gástrico)
<b>94640</b>	Inducción del esputo
<b>86580</b>	Prueba intradérmica para TB (PPD)
<b>86480</b>	Prueba de Interferón-Gamma Release Assay (IGRA)
<b>86703.01</b>	Prueba Rápida de Anticuerpo para VIH

COD.	PROCEDIMIENTOS/ ACTIVIDADES
<b>86703.02</b>	Prueba Rápida de Antígeno y Anticuerpo para VIH
<b>87389</b>	Detección de VIH por ELISA
<b>99205.03</b>	Administración de tratamiento supervisado de TB sensible
<b>99205.04</b>	Administración de tratamiento supervisado para TB drogorresistente o resistente en el I nivel de atención
<b>99206.02</b>	Administración de tratamiento supervisado para TB drogorresistente o resistente en el II y III nivel de atención
<b>99214</b>	Evaluación médica
<b>99207</b>	Atención en salud mental
<b>99209</b>	Atención en nutrición
<b>99210</b>	Atención de servicio social
<b>99216</b>	Atención en consultorio de enfermería
<b>99499.01</b>	Teleconsulta en línea
<b>99206.03</b>	Reto ante Reacción Adversa a Medicamentos (RAM)
<b>99700</b>	Referencia
<b>99199.08</b>	Control de tratamiento
<b>71010</b>	Examen radiológico

#### BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 30287, Ley de Prevención y Control de Tuberculosis.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su modificatoria.
- Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba Identificaciones Estándar de Datos en Salud.
- Resolución Ministerial N° 894-2024-MINSA, que aprueba la NTS N°221-MINSA/DGIESP-2024 "Norma Técnica de salud para la prevención y control de la tuberculosis".
- Resolución Ministerial N° 550-2023/MINSA, que actualiza el Anexo 1: Listado de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud del Documento Técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 895-2018/MINSA, aprueba la NTS N° 143-2018/MINSA/DGIESP, "Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la coinfección Tuberculosis y Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Perú"
- Resolución Ministerial N.° 1001-2017-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 241-MINSA/2017/DGAIN, que aprueba el "Proceso de Actualización de los Catálogos de las Identificaciones Estándar de Datos en Salud (IEDS) N° 001 y 005".
- Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud".

- Resolución Ministerial N° 780-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico denominado "Plan de Implementación del Sistema Informático HIS MINSA para el registro de atenciones en la red de establecimientos de salud a nivel nacional", así como la "Hoja de Registro Diario de Atención y otras actividades del aplicativo HIS MINSA".
- Resolución Ministerial N° 117-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 285-MINSA-2020-DIGTEL: "Directiva para la implementación y desarrollo de los servidores de telemedicina síncrona y asíncrona".
- Resolución Ministerial N° 146-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 286-MINSA/2020/DIGTEL: Directiva Administrativa para la Implementación y Desarrollo de los Servicios de Teleorientación y Telemonitoreo.
- Guía de Uso y Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud en la Hoja HIS Minsa.

## **INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS**

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

Los ítems "Diagnóstico motivo de consulta", "Tipo de diagnóstico" y "Lab" presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

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 la *Guía de uso y registro diario de atención y otras actividades de salud en la hoja HIS Minsa*.

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

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 procedimientos/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” y utilice los siguientes tres (03) ítems del campo “Diagnósticos y/o procedimientos/actividades” para completar el registro de la atención.

**Para mayor información sobre generalidades del registro HIS, siga las instrucciones establecidas en la *Guía de uso y registro diario de atención y otras actividades de salud en la hoja HIS MINSA*.**



## ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN EN TUBERCULOSIS

### CONSEJERÍA PARA TB

**Definición operacional:** Actividad orientada a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas para la salud respiratoria y prevención de la tuberculosis de la familia de la persona afectada por tuberculosis (PAT).

Esta actividad se realizará por medio de 02 visitas domiciliarias o teleorientaciones síncronas al año, y se registrará de la siguiente manera:

#### CUANDO SE REALIZA A TRAVÉS DE VISITAS DOMICILIARIAS:

##### PRIMERA CONSEJERÍA

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

- En la fila 1°, Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria (**99401.36**).
- En la fila 2°, Visita familiar integral (**C0011**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.
- En la fila 2°, D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre **1** que indica la primera consejería.
- En la fila 2°, casillero Lab 1° registre **TBC** que indica que la consejería se brindó a la familia de una PAT.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
20	50841774	2	PUEBLO LIBRE	36	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99401.36
	<input checked="" type="checkbox"/>				M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		C0011	
	14524	<input checked="" type="checkbox"/>	F		Ppreg	Hb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R					

##### SEGUNDA CONSEJERIA

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

- En la fila 1°, Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria (**99401.36**).
- En la fila 2°, Visita familiar integral (**C0011**).



En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.
- En la fila 2°, D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre **2** que indica la segunda consejería.
- En la fila 2°, casillero Lab 1° registre **TBC** que indica que la consejería se brindó a la familia de una PAT.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLÍNICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____																			
20	50841774	2	PUEBLO LIBRE	36	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99401.36
	14524				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		C0011
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

**La 2° consejería se realiza al mes siguiente de la 1° consejería.**

#### CUANDO SE REALIZA A TRAVÉS DE LA TELEMEDICINA:

##### PRIMERA CONSEJERÍA

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

- En la fila 1°, Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria (**99401.36**).
- En la fila 2°, Teleorientación síncrona (**99499.08**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.
- En la fila 2°, D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre **1** que indica la primera consejería.
- En la fila 2°, casillero Lab 1° registre **TBC** que indica que la consejería se brindó a la familia de una PAT.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLÍNICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____																			
20	50841774	2	PUEBLO LIBRE	36	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99401.36
	14524				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Teleorientación síncrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		99499.08
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

## SEGUNDA CONSEJERIA

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

- En la fila 1°, Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria (**99401.36**).
- En la fila 2°, Teleorientación síncrona (**99499.08**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.
- En la fila 2°, D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre **2** que indica la segunda consejería.
- En la fila 2°, casillero Lab 1° registre **TBC** que indica que la consejería se brindó a la familia de una PAT.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
20	50841774	2	PUEBLO LIBRE	36	<del>M</del>	PC		PESO	<del>N</del>	<del>N</del>	1. Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria	P	<del>D</del>	R	2		99401.36
	<del>M</del>				Pab		TALLA	<del>R</del>	<del>R</del>	2. Teleorientación síncrona	P	<del>D</del>	R	TBC		99499.08	
	14524	<del>M</del>															
		58			D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R			

La 2° consejería se realiza al mes siguiente de la 1° consejería.

## SESIÓN EDUCATIVA Y DEMOSTRATIVA PARA TB

**Definición operacional:** Actividad orientada a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas para la salud respiratoria y prevención de la tuberculosis de la familia de la persona afectada por tuberculosis.

Los ítems: “Financiador”, “Pertenencia Étnica”, “Edad”, “Sexo”, “Establecimiento” y “Servicio”, NO SE REGISTRAN, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

En el ítem: “DNI” e “Historia clínica” SIEMPRE registre **APP136 Familia y vivienda**

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

- En la fila 1°, Sesión educativa (**C0009**).
- En la fila 2°, Sesión demostrativa (**C0010**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.
- En la fila 2°, D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre el número de sesión demostrativa (1 o 2) según corresponda.
- En la fila 2°, casillero Lab 1° registre **TBC** que indica que la consejería se brindó a la familia de una PAT.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
20	APP136		PUEBLO LIBRE		A	PC	PESO	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			C0009
		M			Pab		TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC			C0010
		D			F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

**La 2° sesión educativa y demostrativa se realizan como mínimo al mes siguiente de la 1° sesión educativa y demostrativa.**

## ESTUDIO DE CONTACTOS

### CENSO DE CONTACTOS

**Definición operacional:** Procedimiento que consiste en la identificación de contactos (intradomiciliarios y extradomiciliarios) a través de la entrevista de enfermería, visita domiciliar y registro de todos los contactos del caso índice con TB en el *Registro de Caso y Control de Tratamiento*, así como en el Sistema de Información Gerencial en TB (SIGTB). El registro se realiza por cada contacto identificado.

### CUANDO SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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

- En la fila 1°, Censo de contactos **99199.57**.
- En la fila 2°, Atención en consultorio de enfermería **99216**.

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.
- En la fila 2°, D.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO:   /   /																	

### CUANDO SE REALIZA EN EL DOMICILIO

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

- En la fila 1°, Censo de contactos (**99199.57**).
- En la fila 2°, visita familiar (**C0011**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.
- En la fila 2°, D.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
2	71452863	2	COMAS	51	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Censo de contactos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99199.57
	12451				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		C0011
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

### CUANDO SE REALIZA A TRAVÉS DE LA TELEMEDICINA

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

- En la fila 1°, Censo de contactos (**99199.57**).
- En la fila 2°, Teleorientación síncrona (**99499.08**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.
- En la fila 2°, D.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
2	71452863	2	COMAS	51	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Censo de contactos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99199.57
	12451				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Teleorientación síncrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99499.08
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

### EXAMEN DE CONTACTOS

**Definición operacional:** Procedimiento que consiste en la evaluación clínica y al menos uno de los siguientes exámenes auxiliares: radiológico, inmunológico (PPD o IGRA) o bacteriológico.

El registro se realiza por cada contacto examinado.

### EXAMEN DE CONTACTOS DE PAT SENSIBLE

Para los contactos de PAT sensible, le corresponde 3 controles: Al inicio, al cambio de fase y al término del tratamiento del caso índice.

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

- En la fila 1°, Evaluación médica (**99214**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **CE** para indicar contacto examinado.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre **1** para indicar TB sensible.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
2	71452863		2	COMAS	51	M	PC		PESO		N	N	1. Evaluación médica	P	X	R	CE	1		99214
	12451					M	Pab		TALLA		X	X	2.	P	D	R				
			58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

### EXAMEN DE CONTACTOS DE PAT RESISTENTE

Para los contactos de PAT resistente, le corresponde 01 control al inicio y luego cada 3 meses, hasta el término de tratamiento del caso índice.

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

- En la fila 1°, Evaluación médica (**99214**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **CE** para indicar contacto examinado.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre **2** para indicar TB resistente.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
2	71452863		2	COMAS	51	M	PC		PESO		N	N	1. Evaluación médica	P	X	R	CE	2		99214
	12451					M	Pab		TALLA		X	X	2.	P	D	R				
			58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

### VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO DE CONTACTO:

**Definición operacional:** Actividad que se realiza cuando el contacto censado no acude a su control programado.

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

- En la fila 1°, Seguimiento de contacto (**99199.10**).
- En la fila 2°, Visita familiar (**C0011**).

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En la fila 1°, D.
- En la fila 2°, D.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
2	71452863	2	CHAVIN	51	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Seguimiento de contacto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99199.10
	12451				<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			C0011
		58	<input checked="" type="checkbox"/>		F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

### PRUEBA PARA DIAGNÓSTICO DE TB LATENTE

**Definición operacional:** Procedimiento para la identificación de la infección de tuberculosis latente (ITBL) mediante la prueba cutánea de la tuberculina de Mantoux (PPD) o una prueba IGRA.

#### **APLICACIÓN DE PRUEBA PARA TB LATENTE**

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

- En la fila 1°, Prueba de tuberculina PPD (**86580**) o IGRA (**86480**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.

En el ítem “LAB” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre la sigla del tipo de condición del usuario:
  - **CE:** Contacto examinado.
  - **PVV:** Persona viviendo con el VIH/SIDA.
  - **ST:** Trabajador de salud.
  - **DM:** Persona con diabetes mellitus.
  - **PPL:** Persona privada de su libertad.
  - **TIS:** Persona con terapia prolongada con corticoides



- **HEM:** Persona con hemodiálisis y/o enfermedad renal crónica
  - **PEI:** Personal penitenciario
  - **OGR:** Otras condiciones de salud relacionadas a TB según la norma vigente.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° “**IA**” que indica la aplicación de la prueba correspondiente.

## LECTURA DE PRUEBA PARA TB LATENTE

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
12	31879510		2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	28	M	PC		PESO		N	N	1. Prueba de tuberculina PPD	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PVV	IA		86580
	3879					M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
			58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

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

- En la fila 1°, Prueba de tuberculina PPD (**86580**) o IGRA (**86480**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.

En el ítem “LAB” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre la sigla del tipo de condición del usuario:
  - **CE:** Contacto examinado.
  - **PVV:** Persona viviendo con el VIH/SIDA.
  - **ST:** Trabajador de salud.
  - **DM:** Persona con diabetes mellitus.
  - **PPL:** Persona privada de su libertad.
  - **TIS:** Persona con terapia prolongada con corticoides.
  - **HEM:** Persona con hemodiálisis y/o enfermedad renal crónica.
  - **PEI:** Personal penitenciario.
  - **OGR:** Otras condiciones de salud relacionadas a TB según la norma vigente.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° “**TA**” que indica la lectura de la prueba correspondiente.
- En la fila 1°, casillero Lab 3° registre el resultado de la lectura según corresponda:
  - **RP:** Resultado positivo.
  - **RN:** Resultado negativo.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
15	31879510		2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	28	M	PC		PESO		N	N	1. Prueba de tuberculina PPD	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PVV	TA	RP	86580
	3879					M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
			58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

## TERAPIA PREVENTIVA PARA TUBERCULOSIS LATENTE

### ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA PREVENTIVA EN CONTACTOS DE CASOS CON TB SENSIBLE

**Definición operacional:** Procedimiento realizado por el profesional de enfermería que consiste en proporcionar el o los medicamentos de un esquema establecido, a un contacto de un caso de tuberculosis (TB) sensible, según prescripción médica, con el fin de reducir el riesgo de enfermar por TB.

Esquemas para terapia preventiva para contactos con TB sensible			
Esquema	Duración	Administración	Registro en HIS
Isoniacida + rifapentina (12 dosis)	3 meses	semanal	semanal
Isoniacida + rifampicina	3 meses	diaria	diario
Isoniacida	6 meses	diaria	diario
Rifampicina	4 meses	diaria	diario

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

- En la fila 1°, Administración de terapia preventiva para contactos de TB sensible (**99199.12**)

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, SIEMPRE D.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
22	75194338	2	TRUJILLO	4	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Administración de terapia preventiva para contactos de TB sensible	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99199.12
	14987				<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	S	2.	P	D	R			
		58	<input checked="" type="checkbox"/>		F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

### ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA PREVENTIVA EN CONTACTOS DE CASOS CON TB RESISTENTE

**Definición operacional:** Procedimiento realizado por el profesional de enfermería que consiste en proporcionar el o los medicamentos de un esquema establecido, a un contacto de un caso de tuberculosis (TB) resistente, según prescripción médica, con el fin de reducir el riesgo de enfermar por TB.

Esquemas para terapia preventiva para contactos de casos con TB resistente				
Tipo	Medicamento	Duración	Administración	Registro en HIS
Contacto de un caso de TB Hr	Rifampicina	4 meses	diaria	diario
Contacto de un caso de TB RR/MDR	Levofloxacino	6 meses	diaria	diario

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

- En la fila 1°, Administración de terapia preventiva para contactos de TB resistente (**99199.59**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, SIEMPRE D.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLÍNICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____																		
22	75194338	2	TRUJILLO	4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Administración de terapia preventiva para contactos de TB resistente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99199.59
	14987				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
		58	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

## ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA PREVENTIVA EN POBLACIÓN VULNERABLE PARA TB

**Definición operacional:** Procedimiento realizado por el profesional de enfermería que consiste en proporcionar el o los medicamentos de un esquema establecido, para la población vulnerable por enfermar por tuberculosis (TB), según prescripción médica, con el fin de reducir el riesgo de enfermar por TB.

Esquemas para terapia preventiva para población vulnerable para TB			
Esquema	Duración	Administración	Registro en HIS
Isoniacida + rifapentina (12 dosis)	3 meses	semanal	semanal
Isoniacida + rifampicina	3 meses	diaria	diario
Isoniacida	6 meses	diaria	diario
Rifampicina	4 meses	diaria	diario

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

- En la fila 1°, Administración de Terapia preventiva para población vulnerable para TB **99199.60**

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, SIEMPRE D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre la sigla del tipo de población vulnerable:
  - ST:** Trabajador de salud.
  - DM:** Persona con diabetes mellitus.
  - PPL:** Persona privada de su libertad.
  - TIS:** Persona con terapia prolongada con corticoides.
  - HEM:** Persona con hemodiálisis y/o enfermedad renal crónica.
  - PEI:** Personal penitenciario.
  - OGR:** Otras condiciones de salud relacionadas a TB según la norma vigente.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
22	75194338	2	TRUJILLO	24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Administración de terapia preventiva para población vulnerable para TB	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DM		99199.60
	14987				M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
		58	D		F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R				

## **VISITA DOMICILIARIA EN CASO DE INASISTENCIA A LA TERAPIA PREVENTIVA PARA TB**

**Definición operacional:** Actividad que se realiza cuando el paciente no recibe su terapia preventiva para TB mediante DOT.

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

- En la fila 1°, Seguimiento de TPT (**90806.06**).
- En la fila 2°, Visita familiar (**C0011**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.
- En la fila 2°, D.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
22	75194338	2	TRUJILLO	24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Seguimiento de TPT	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90806.06
	14987				M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita familiar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		C0011
		58	D		F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

## ACTIVIDADES DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO PARA TUBERCULOSIS

### BÚSQUEDA PASIVA

#### CASO DE TB PRESUNTIVA

**Definición operacional:** Es el procedimiento de detección de casos de TB en personas que presentan al menos 2 o más síntomas y/o signos de TB, como tos con flema, hemoptisis, fiebre, sudoración nocturna o pérdida de peso.

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

- En la fila 1°, CIE10 del tipo de TB (pulmonar o extrapulmonar).
- En la fila 2°, Recolección de muestra para tuberculosis (**99199.58**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, P.
- En la fila 2°, D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre la sigla del tipo de condición del usuario:
  - **CE:** Contacto examinado.
  - **PVV:** Persona viviendo con VIH-SIDA.
  - **ST:** Trabajador de salud.
  - **DM:** Persona con diabetes mellitus.
  - **PPL:** Persona privada de su libertad.
  - **TIS:** Persona con terapia prolongada con corticoides.
  - **HEM:** Persona con hemodiálisis y/o enfermedad renal crónica.
  - **PEI:** Personal penitenciario.
  - **OGR:** Otras condiciones de salud relacionadas a TB según la norma vigente.
  - **1:** Población en general.
- En la fila 2°, casillero Lab 1° registre el tipo de examen bacteriológico realizado, según corresponda:
  - **Baciloscopia** = 1
  - **Prueba molecular** = 2
  - **Cultivo** = 3

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
6	47287721	2	PUCARA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. TB pulmonar	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	1		A150
	7548				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Recolección de muestra para tuberculosis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99199.58
		58	<input checked="" type="checkbox"/>		D	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		

## BÚSQUEDA ACTIVA

**Definición operacional:** Es la detección de caso presuntivo de TB en zonas de alta prevalencia de casos, grupos de riesgo o población con vulnerabilidad para TB; se realiza a través del tamizaje radiológico, prueba bacteriológica y evaluación médica.

### EN CASO DE RADIOGRAFÍA NORMAL:

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

- En la fila 1º, CIE10 del tipo de TB (pulmonar o extrapulmonar)
- En la fila 2º, Examen radiológico (**71010**).
- En la fila 3º Evaluación médica (**99214**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1º, P.
- En la fila 2º, D.
- En la fila 3º, D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 2º, casillero Lab 1º registre el tipo de examen radiológico utilizado, según corresponda:
  - Sin DAC = 1**
  - Con DAC = 2**
- En la fila 2º, casillero Lab 2º registre **N** = indica radiografía normal.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
7	47287721	2	PUCARA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. TB pulmonar	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			A150
	7548				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Examen radiológico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	N	71010
		58	<input checked="" type="checkbox"/>		D	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg		Hb		R	R	3. Evaluación médica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		99214



### EN CASO DE RADIOGRAFIA ANORMAL:

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

- En la fila 1°, CIE10 del tipo de TB (pulmonar o extrapulmonar).
- En la fila 2°, Examen radiológico (**71010**).
- En la fila 3°, Recolección de muestra para tuberculosis (TB) (**99199.58**).
- En la fila 4°, Evaluación médica (**99214**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, P.
- En la fila 2°, D.
- En la fila 3°, D.
- En la fila 4°, D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 2°, casillero Lab 1° registre el tipo de examen radiológico utilizado, según corresponda:
  - Sin DAC = 1
  - Con DAC = 2
- En la fila 2°, casillero Lab 2° registre **A** = indica radiografía anormal.
- En la fila 3° casillero Lab 1° registre el tipo de examen bacteriológico realizado, según corresponda:
  - Baciloscopia = 1
  - Prueba molecular = 2
  - Cultivo = 3

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1*		2*	3*	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
7	47287721		2	PUCARA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. TB pulmonar	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			A150	
	7548					<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	C	2. Examen radiológico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	A	71010
		58				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg		Hb		R	R	3. Recolección de muestra para tuberculosis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99199.58	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
						<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Evaluación médica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99214	
						<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		C	C	2.	P	D	R				
						<input checked="" type="checkbox"/>	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R				

### DIAGNÓSTICO DE CASO DE TUBERCULOSIS

**Definición operacional:** Persona a quien se le diagnostica TB (pulmonar o extrapulmonar) en la búsqueda pasiva o activa de casos de TB.

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

- En la fila 1°, CIE10 del tipo de TB (pulmonar o extrapulmonar).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre la sigla del tipo de condición del usuario:
  - CE:** Contacto examinado
  - PVV:** Persona viviendo con VIH-SIDA
  - ST:** Trabajador de salud.
  - DM:** Persona con diabetes mellitus.
  - PPL:** Persona privada de su libertad.
  - TIS:** Persona con terapia prolongada con corticoides.
  - HEM:** Persona con hemodiálisis y/o enfermedad renal crónica.
  - PEI:** Personal penitenciario.
  - OGR:** Otras condiciones de salud relacionadas a TB según la norma vigente.
  - 1:** Población en general.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre el tipo de búsqueda realizada para la detección del caso de TB, según corresponda:
  - Búsqueda pasiva = 1**
  - Búsqueda activa = 2**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTAD. BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	P										D	R	1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
6	47287721	2	PUCARA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. TB pulmonar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	1		A150
	7548				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
		58	<input checked="" type="checkbox"/>		D	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R					

### VISITA DOMICILIARIA AL DIAGNÓSTICO DEL CASO DE TB:

**Definición operacional:** Actividad que se realiza para verificar la ubicación del domicilio, entorno y situación familiar de la PAT, en las primeras 48 horas después del diagnóstico de TB.

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

- En la fila 1°, Visita familiar integral de Identificación de riesgos y necesidades **C0011.01**

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En la fila 1°, D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar que la visita se ejecutó en un caso de TB.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
3	85456215	2	PASCO	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. Visita familiar integral de identificación de riesgos y necesidades	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	TBC		C0011.01
	<input checked="" type="checkbox"/>				M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
	10006	58	<input checked="" type="checkbox"/>		D	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

## **PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA OBTENCIÓN DE MUESTRAS PARA DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS**

### **LAVADO GÁSTRICO (aspirado gástrico)**

**Definición operacional:** Procedimiento que consiste en insertar una sonda nasogástrica por las fosas nasales de la persona pasando por el esófago hasta el estómago para obtener una muestra de esputo que ha sido deglutido al no poder expectorar. Se realiza sólo cuando no se puede obtener una muestra biológica de forma espontánea, inducida o por broncoscopia.

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

- En la fila 1°, CIE10 del tipo de TB (pulmonar o extrapulmonar).
- En la fila 2°, Lavado gástrico (**91105**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, P.
- En la fila 2°, D.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
3	85456215	2	PASCO	29	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO	N	N	1. TB pulmonar	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R		A150	
	<input checked="" type="checkbox"/>				M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Lavado gástrico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		91105		
	10006	58	<input checked="" type="checkbox"/>		D	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

## INDUCCIÓN DEL ESPUTO

**Definición operacional:** Procedimiento que consiste en fluidificar las secreciones del tracto respiratorio mediante la nebulización con suero fisiológico y facilita el drenaje y obtención de muestra de esputo para exámenes bacteriológicos. Se realiza cuando la persona no logra expectorar.

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

- En la fila 1°, CIE10 del tipo de TB (pulmonar o extrapulmonar)
- En la fila 2°, Inducción del esputo (**94640**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, P.
- En la fila 2°, D.

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____)																			
3	85456215		2	PASCO	29	M	PC		PESO		N	N	1. TB pulmonar	X	D	R			A150
	10006					M	Pab		TALLA		X	X	2. Inducción del esputo	P	X	R			94640
		58				D	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

## TAMIZAJE PARA VIH EN PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS

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

- En la fila 1°, Consejería pre-test para VIH (**99401.33**)
- En la fila 2°, La prueba para el tamizaje de VIH correspondiente:
  - Prueba rápida de anticuerpo para VIH (**86703.01**)
  - Prueba rápida de antígeno y anticuerpo para VIH (**86703.02**)
  - Detección de VIH por ELISA (**87389**)
- En la fila 3° la Consejería Post-Test para VIH según corresponda:
  - Consejería post-test para VIH NO REACTIVO (**99401.34**)
  - Consejería post-test para VIH REACTIVO (**99403.03**)

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

- En la fila 1°, D.
- En la fila 2°, D.
- En la fila 3° “D”.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar que la consejería se brindó a una PAT.
- En la fila 2°, casillero Lab 1° la sigla del resultado para los respectivos tamizajes:
  - **RN** = resultado no reactivo.

- **RP = resultado reactivo.**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
6	70033940	2	HUARAZ	21	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería Pre-Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		99401.33
	16458				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Prueba Rápida de Anticuerpo para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN		86703.01
		58	<input checked="" type="checkbox"/>		D	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería Post-Test para VIH NO REACTIVO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.34	

## COMORBILIDAD TB – DIABETES

### TAMIZAJE PARA DIABETES MELLITUS EN PAT

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

- En la fila 1°, Dosaje de glucosa en sangre (**82947**).
- En la fila 2°, Consejería en estilos de vida saludable (**99401.13**).

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

- En la fila 1°, “D”
- En la fila 2°, “D”

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar que la actividad se brindó a una PAT.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
18	70145147	2	SAN BARTOLO	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Dosaje de glucosa en sangre	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		82947
	24157				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en estilos de vida saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.13
		58	<input checked="" type="checkbox"/>		D	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R				

## DIAGNÓSTICO COMORBILIDAD TB-DIABETES

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

- En la fila 1°, diagnóstico de diabetes mellitus (**E149**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.

En el ítem: Lab anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar la comorbilidad TB-DM.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre según corresponda:

- 1 = TB pulmonar.
- 2 = TB extrapulmonar.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
20	70145147	2	SAN BARTOLO	26	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Diabetes mellitus	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	1		E149
	24157				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R				

## REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS PARA TB (RAM)

**Definición operacional:** Respuesta nociva y no intencionada que ocurre a dosis normalmente utilizadas del medicamento con fines terapéuticos.

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

- En la fila 1°, CIE 10 de la reacción adversa identificada.
- En la fila 2°, Reacción adversa a medicamentos (**T88.7**)

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque así:

- En la fila 1°, marque D.
- En la fila 2°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 2°, casillero Lab 1° registre **TBC** para señalar la RAM en un caso de TB.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º	2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
11	50841774	2	PUEBLO LIBRE	36	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Ictericia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			R17X
	14524				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Reacción adversa a medicamentos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R		

## DERIVACIÓN Y TRANSFERENCIAS

### DERIVACIÓN

**Definición Operacional:** Es una modalidad de referencia por el cual una persona diagnosticada de TB, el contacto y/o persona con indicación de TPT es enviada al E.S. más cercano a su domicilio para continuar con su atención y/o tratamiento. El reporte es realizado por el E.S. que recibe a la persona

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



- En la fila 1°, Referencia **99700**.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre según corresponda:
  - TBC** = para indicar que la derivación es de una PAT.
  - CE** = para indicar que la derivación es de un contacto.
  - 1** = para indicar que la derivación es de una persona con indicación de TPT.
- En la fila 2°, casillero Lab 2° registre según corresponda:
  - DVR** = Para indicar Derivación realizada. [E.S que deriva a la PAT].
  - DVC** = Para indicar Derivación aceptada. [E.S que recibe a la PAT].

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/P/UEPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
18	80752417	2	MAGDALENA DEL MAR	26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Referencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	DVC		99700
	26541				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg		Hb		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R				

## TRANSFERENCIA

**Definición operacional:** Es una modalidad de referencia por el cual una persona diagnosticada con TB, su contacto y/o la persona con indicación de TPT en el E.S. de su jurisdicción solicita ser trasladado a otro E.S. El reporte es realizado por el E.S. que transfiere a la persona.

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

- En la fila 1°, Referencia (**99700**)

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre según corresponda:
  - TBC** = para indicar que la derivación es de una PAT.
  - CE** = para indicar que la derivación es de un contacto.
  - 1** = para indicar que la derivación es de una persona con indicación de TPT.
- En la fila 2°, casillero Lab 2° registre según corresponda:
  - 1** = Para indicar transferencia realizada. [E.S que transfiere a la PAT].
  - 2** = Para indicar transferencia aceptada. [E.S que recibe a la PAT].

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS			
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/P/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
18	80752417	2	MAGDALENA DEL MAR	26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Referencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	1		99700
	26541				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg		Hb		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R				

## ACTIVIDADES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS

### EVALUACIÓN MÉDICA

**Definición operacional:** Es un estudio continuo utilizado para recopilar, evaluar y analizar datos clínicos pertenecientes a la PAT (antecedentes, factores de riesgo, comorbilidades, exámenes radiológicos y bacteriológicos) y evaluar su respuesta al tratamiento indicado.

### EVALUACIÓN MÉDICA EN PAT CON TB SENSIBLE

En las PAT que reciben esquema para TB sensible, le corresponde **4 evaluaciones médicas**: Al diagnóstico del caso de TB, al inicio del tratamiento, al cambio de fase y término de tratamiento.

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

- En la fila 1°, Evaluación médica (**99214**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre **1** para indicar TB sensible.

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
											P	D	R	1°	2°	3°			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
4	60341582	2	POMABAMBA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Evaluación médica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	1		99214
	13225				M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
		58	D		F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R				

### EVALUACIÓN MÉDICA EN PAT CON TB RESISTENTE

En las PAT que reciben esquema para TB resistente, la evaluación médica se realiza al momento del **diagnóstico de caso de TB** y luego de manera mensual según la duración del esquema de tratamiento indicado.

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

- En la fila 1°, Evaluación médica (**99214**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre **2** para indicar TB resistente.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLÍNICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____																		
4	60341582	2	POMABAMBA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Evaluación médica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	2	99214
	13225				<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R		

## ATENCIÓN EN CONSULTORIO DE ENFERMERÍA

**Definición operacional:** Actividad que consiste en la interacción profesional entre el usuario y la enfermera ante un problema o necesidad de salud real o potencial de la persona afectada por TB, familia y comunidad, que permite mantener o incrementar el bienestar de sus miembros, a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

### ATENCIÓN EN CONSULTORIO DE ENFERMERIA EN PAT CON TB SENSIBLE

En las personas que reciben esquema para TB sensible, la evaluación por enfermera se brinda al **diagnóstico del caso** y luego de manera mensual según el esquema de tratamiento para TB indicado.

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

- En la fila 1°, Atención en consultorio de enfermería (**99216**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre **1** para indicar TB sensible.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLÍNICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____																		
4	60341582	2	POMABAMBA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Atención en consultorio de enfermería	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	1	99216
	13225				<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R		

## ATENCIÓN EN CONSULTORIO DE ENFERMERIA EN PAT CON TB RESISTENTE

En las personas que reciben esquema para TB resistente, la evaluación por enfermera se brinda **al diagnóstico del caso** y luego de manera mensual según el esquema de tratamiento para TB indicado.

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

- En la fila 1°, Atención en consultorio de enfermería (99216).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre **2** para indicar TB resistente.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTAD- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLÍNICA		ETNIA								CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	2º		3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
4	60341582	2	POMABAMBA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Atención en consultorio de enfermería	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	2	99216
	13225				<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
		58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R		

## TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO (DOT)

### DOT PARA TB SENSIBLE

**Definición operacional:** Procedimiento realizado por el profesional de enfermería, que consiste en la observación directa de la ingesta de cada uno de los medicamentos de un esquema establecido para TB sensible. Puede aplicarse mediante la red de soporte comunitario, soporte familiar o mediante el uso del aplicativo DOTLine TB.

Esquemas de tratamiento para TB sensible		Duración	Administración	Registro en HIS
TB con o sin infección por VIH	Primera fase	2 meses	Lunes a sábado (50 dosis)	Diario
	Segunda fase	4 meses	Lunes a sábado (100 dosis)	
TB miliar y extrapulmonares complicadas	Primera fase	2 meses	Lunes a sábado (50 dosis)	
	Segunda fase	10 meses	Lunes a sábado (250 dosis)	
TB no grave en niños	Primera fase	2 meses	Lunes a sábado (50 dosis)	
	Segunda fase	2 meses	Lunes a sábado (50 dosis)	

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

- En la fila 1°, Administración de Tratamiento supervisado de TB sensible (**99205.03**)

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, SIEMPRE “D”.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre la modalidad o estrategia del DOT:
  - 1:** DOT en el E.S.
  - 2:** DOT con aplicativo DOTLine TB.
  - 3:** DOT con soporte familiar.
  - 4:** DOT con soporte comunitario.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
23	50841774		2	PUEBLO LIBRE	36	M	PC		PESO		N	N	1. Administración de Tratamiento supervisado de TB sensible	P	D	R	1		99205.03
	14524					M	Pab		TALLA				2.	P	D	R			
			58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R		

## DOT PARA TB RESISTENTE

**Definición operacional:** Procedimiento realizado por el profesional de enfermería, que consiste en la observación directa de la ingesta de cada uno de los medicamentos de un esquema establecido para TB resistente. Puede aplicarse mediante la red de soporte comunitario, soporte familiar o mediante el uso del aplicativo DOTLine TB.

Esquemas de tratamiento para TB resistente		Duración		Administración	Registro en HIS
TB Hr	TB Hr	6 meses		Lunes a domingo (180 dosis)	Diario
TB RR/TB MDR	BPaLM	6 meses		Lunes a domingo (180 dosis)	
	BLC	9 meses		Lunes a domingo (270 dosis)	
TB pre XDR y XDR	BPaL	6 meses		Lunes a domingo (180 dosis)	
	BLCC	Primera fase	6 meses	Lunes a domingo (180 dosis)	
		Segunda fase	12 meses	Lunes a domingo (360 dosis)	
	Parenteral	18-24 meses		Lunes a domingo (540-720 dosis)	



<b>PAT con condición medica especial o RAM.</b>	<b>Modificados</b>	Según medicamentos que componen el esquema	Lunes a domingo (270-540 dosis)	
---	--------------------	--	---------------------------------	--

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

- En la fila 1°, registre según el nivel de atención del establecimiento de salud
  - Administración de tratamiento supervisado para TB drogorresistente o resistente en el I nivel de atención (**99205.04**).
  - Administración de tratamiento supervisado para TB drogorresistente o resistente en el II y III nivel de atención (**99206.02**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, SIEMPRE “D”.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre la modalidad o estrategia del DOT:
  - 1:** DOT en el E.S.
  - 2:** DOT con aplicativo DOTLine TB.
  - 3:** DOT con soporte familiar.
  - 4:** DOT con soporte comunitario.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
23	50841774	2	PUEBLO LIBRE	36	M	PC	PESO	N	N	1. Administración de tratamiento supervisado para TB drogorresistente o resistente en el I nivel de atención	P	D	R	1			99205.04
	14524				M	Pab	TALLA			2.	P	D	R				
		58			D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R			

## CONTROL DE TRATAMIENTO

**Definición operacional:** Actividad que consiste en el monitoreo del tratamiento de la PAT, mediante el seguimiento clínico y exámenes auxiliares según norma técnica vigente.

El control de tratamiento se realiza de manera mensual según esquema de tratamiento indicado para la PAT.

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

- En la fila 1°, Control de tratamiento (**99199.08**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.

En el ítem “Lab” anote:



- En la fila 1°, casillero Lab 1° TBC para indicar caso de TB

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	ETNIA	1°	2°	3°			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
4	60341582		2	POMABAMBA	30	M	PC		PESO		N	N	1. Control de tratamiento	P	X	R			99199.08
	13225					M	Pab		TALLA		X	X	2.	P	D	R			
		58		D		F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

## **VISITA DOMICILIARIA EN CASO DE INASISTENCIA AL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO**

**Definición operacional:** Actividad que se realiza cuando la PAT no recibe su tratamiento mediante el DOT.

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

- En la fila 1°, Visita familiar (**C0011**).

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En la fila 1°, D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° TBC para indicar caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° PT para indicar que la visita se realiza por inasistencia al tratamiento.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	ETNIA	1°	2°	3°				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
4	60341582		2	POMABAMBA	30	M	PC		PESO		N	N	1. Visita familiar	P	X	R	TBC	PT		C0011
	13225					M	Pab		TALLA		X	X	2.	P	D	R				
		58		D		F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R				

## **RETO ANTE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS**

**Definición operacional:** Procedimiento que consiste en la administración progresiva de cada uno de los medicamentos antiTB según prescripción médica, para identificar el/los causantes que generan la RAM y recuperar el mayor número de fármacos del esquema de tratamiento. El manejo es hospitalario con monitoreo estricto (clínico y laboratorio).

### **INICIO DE RETO**

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

- En la fila 1°, Reto ante reacción adversa a medicamentos (**99206.03**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre **TBC** para señalar que el procedimiento se realiza en un caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre **“IA”** para inicio de RETO.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
20	50841774		2	PUEBLO LIBRE	36	M	PC		PESO		N	N	1. Reto ante reacción adversa a medicamentos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	IA	99206.03
	14524					M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
		58					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R	

## TERMINO DE RETO

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

- En la fila 1°, Reto ante reacción adversa a medicamentos (**99206.03**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° registre **TBC** para señalar que el procedimiento se realiza en un caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre **“TA”** para término de RETO.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL- PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
27	50841774		2	PUEBLO LIBRE	36	M	PC		PESO		N	N	1. Reto ante reacción adversa a medicamentos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	TA	99206.03
	14524					M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
		58					D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R	

## ATENCIÓN DE SERVICIO SOCIAL

**Definición operacional:** Es el estudio sistemático y detallado en que se establece una comunicación entre el trabajador social y la PAT y familia, con el objetivo de conocer su problema, entorno familiar e identificar conductas de riesgo (alcoholismo, fármaco dependencia, violencia familiar, entre otras).

## ATENCIÓN DE SERVICIO SOCIAL EN PAT CON TB SENSIBLE

En las personas que reciben esquema para TB sensible, se brindan **3 atenciones de servicio social** en el momento del diagnóstico del caso, al cambio de fase y término de tratamiento.

### CUANDO SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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

- En la fila 1°, Atención de servicio social (**99210**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre **1** para indicar TB sensible.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
4	60341582	2	POMABAMBA	30	M	PC		PESO		N	N	1. Atención de servicio social	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	1	99210
	13225					Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
		58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R		

### CUANDO SE REALIZA A TRAVÉS DE LA TELEMEDICINA

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

- En la fila 1°, Atención de servicio social (**99210**).
- En la fila 2°, Teleconsulta en línea (**99499.01**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.
- En la fila 2°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre **1** para indicar TB sensible.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
4	60341582	2	POMABAMBA	30	<del>M</del>	PC		PESO		N	N	1. Atención de servicio social	P	<del>D</del>	R	TBC	1	99210
	M				Pab		TALLA		<del>R</del>	<del>R</del>	2. Teleconsulta en línea	P	<del>D</del>	R			99499.01	
	13225	D	F		Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R				
	58																	

## ATENCIÓN DE SERVICIO SOCIAL EN PAT CON TB RESISTENTE

En las personas que reciben esquema para TB resistente, la evaluación por enfermera se brinda al diagnóstico del caso y luego de manera mensual según el esquema de tratamiento para TB indicado.

### CUANDO SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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

- En la fila 1°, Atención de servicio social (**99210**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre **2** para indicar TB resistente.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS				
	HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
4	60341582	2	POMABAMBA	30	<del>M</del>	PC		PESO		<del>N</del>	<del>N</del>	1. Atención de servicio social			P	<del>D</del>	R	TBC	2		99210
	M				Pab		TALLA		<del>D</del>	<del>E</del>	2.			P	D	R					
	13225	58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	R			

### CUANDO SE REALIZA A TRAVÉS DE LA TELEMEDICINA

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

- En la fila 1°, Atención de servicio social (**99210**)
- En la fila 2°, Teleconsulta en línea (**99499.01**)

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.
- En la fila 2°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.

- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre 2 para indicar TB resistente.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	P	D	R	1º	2º		3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
4	60341582		2	POMABAMBA	30	M	PC		PESO		N	N	1. Atención de servicio social	P	X	R	TBC	2	99210
	13225					M	Pab		TALLA		X	X	2. Teleconsulta en línea	P	X	R			99499.01
			58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R		

## ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

### IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

**Definición operacional:** Intervención dirigida a personas que son atendidas en los servicios de prevención y control de TB. El tamizaje es aplicado por un profesional de la salud capacitado y comprende la observación, entrevista, aplicación de instrumentos y la consejería de acuerdo al resultado obtenido. La PAT debe ser tamizada antes del inicio del tratamiento, utilizando el tipo de tamizaje que le corresponde según edad:

TIPO DE TAMIZAJE	CÓDIGO CPMS	POBLACIÓN OBJETIVO
Tamizaje en violencia	96150.01	0 a 17 años
Tamizaje en alcohol y drogas	96150.02	18 años a más
Tamizaje en trastornos depresivos	96150.03	18 años a más
Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niñas, niños y adolescentes de 3 de 17 años.	96150.08	03 de 17 años.

Asimismo, es importante precisar que cada tamizaje finaliza con una consejería considerando lo siguiente:

- Si el resultado del tamizaje es negativo se refuerza los factores protectores de las personas.
- Si el resultado del tamizaje es positivo, se apoya la búsqueda de ayuda necesaria realizando la derivación al servicio de salud mental (medicina o psicología) del establecimiento para su evaluación y confirmación diagnóstica.

### CUANDO SE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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

- En la fila 1°, el tipo de tamizaje realizado.
- En la fila 2°, Consejería de prevención de riesgos en salud mental (**99402.09**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque

- En la fila 1°, marque D.
- En la fila 2°, marque D.



En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO- ABDOMINAL, PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRIC A HEMOGLOBINA	ESTADISTICA BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
											P	D	R	1°	2°	3°	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
(*FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____) FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
4	60341582	2	POMABAMBA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1. Tamizaje en trastornos depresivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		96150.03
	<input checked="" type="checkbox"/>				Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	2. Consejería de prevención de riesgos en salud mental	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402.09
		58	<input checked="" type="checkbox"/>		F	Preg	Hb		R	R	3.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

En caso el resultado de la aplicación del tamizaje sea **POSITIVO**, se debe adicionar al registro del tamizaje los siguientes códigos:

Tipo de tamizaje	Descripción	Código CPMS
Tamizaje en violencia	Problemas relacionados con violencia	R456
Tamizaje en alcohol y drogas (AD)	Problemas relacionados con tabaco	Z720
	Problemas sociales relacionados con el uso de alcohol	Z721
	Problemas sociales relacionados con el uso de drogas	Z722
Tamizaje en trastornos depresivos	Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	Z133
Tamizaje en trastorno mentales y del comportamiento en NNA	Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	Z133

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

- En la fila 1°, el tipo de tamizaje realizado.
- En la fila 2°, el código de positividad.
- En la fila 3° Consejería de prevención de riesgos en salud mental (**99402.09**)

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.
- En la fila 2°, marque D.
- En la fila 3° marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
4	60341582	2	POMABAMBA	30	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje en trastornos depresivos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		96150.03
	13225				M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z133
		58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería de prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

En caso que el resultado del **tamizaje de trastornos mentales y del comportamiento de las niñas, niños y adolescentes** sea **POSITIVO**, se adicionará al registro el valor Lab según corresponda al área de mayor problemática del menor.

VALOR LAB	DESCRIPCIÓN
1	Problemas emocionales
2	Problemas de atención
3	Problemas de conducta

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

- En la fila 1°, Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de las niñas, niños y adolescentes (**96150.08**)
- En la fila 2°, Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental (**Z133**).
- En la fila 3° Consejería de prevención de riesgos en salud mental (**99402.09**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.
- En la fila 2°, marque D.
- En la fila 3° marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre el número que corresponde al problema identificado.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
10	75849623	2	RECUYAY	8	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de las niñas, niños y adolescentes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	2	96150.08
	254789				M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z133
		58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería de prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		

### CUANDO SE REALIZA A TRAVÉS DE LA TELEMEDICINA

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

- En la fila 1°, el tipo de tamizaje realizado.
- En la fila 2°, Consejería de prevención de riesgos en salud mental (**99402.09**)
- En la fila 3° Teleorientación síncrona (**99499.08**)

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.
- En la fila 2°, marque D.
- En la fila 3° marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
(*FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____																	
4	60341582	2	POMABAMBA	30	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje en trastornos depresivos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC			96150.03
	13225				M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería de prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.09
		58	D		F	Ppreg	Hb	R	R	3. Teleorientación síncrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.08

En caso el resultado de la aplicación del tamizaje sea **POSITIVO**:

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

- En la fila 1°, el tipo de tamizaje realizado.
- En la fila 2°, el código de positividad.
- En la fila 3° Consejería de prevención de riesgos en salud mental (**99402.09**)
- En la fila 4° Teleorientación síncrona (**99499.08**)

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.
- En la fila 2°, marque D.
- En la fila 3° marque D.
- En la fila 4° marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	ETNIA	ETNIA	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
4	60341582	2	POMABAMBA	30	M	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje en trastornos depresivos	P	D	R	TBC		96150.03	
	13225				M	M	Pab	TALLA	D	D	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	D	R			Z133	
		58			D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Consejería de prevención de riesgos en salud mental	P	D	R			99402.09	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Teleorientación sincrónica	P	D	R			99499.08	
					M	M	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R				
					D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

En caso de que el resultado del **tamizaje de trastornos mentales y del comportamiento de las niñas, niños y adolescentes** sea **POSITIVO**, se adicionará al registro el valor Lab según corresponda al área de mayor problemática del menor.

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

- En la fila 1°, Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de las niñas, niños y adolescentes (**96150.08**).
- En la fila 2°, Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental (**Z133**).
- En la fila 3° Consejería de prevención de riesgos en salud mental (**99402.09**).
- En la fila 4° Teleorientación sincrónica (**99499.08**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.
- En la fila 2°, marque D.
- En la fila 3° marque D.
- En la fila 4° marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre el número que corresponde al problema identificado.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	ETNIA	ETNIA	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
10	75849623	2	RECUAY	8	M	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de las niñas, niños y adolescentes	P	D	R	TBC	2	96150.08	
	254789				M	M	Pab	TALLA	D	D	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	D	R			Z133	
		58			D	F	Ppreg	Hb	R	R	3. Consejería de prevención de riesgos en salud mental	P	D	R			99402.09	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
					A	M	PC	PESO	N	N	1. Teleorientación sincrónica	P	D	R			99499.08	
					M	M	Pab	TALLA	C	C	2.	P	D	R				
					D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

Toda persona cuyo tamizaje sea positivo, debe ser derivada a los servicios de salud mental para su evaluación, diagnóstico y tratamiento. El personal de salud del servicio de TB hará seguimiento para el cumplimiento del mismo.

## ATENCIÓN EN NUTRICIÓN

**Definición operacional:** Es el conjunto de actividades para determinar el estado nutricional de la persona afectada por TB, valorar los requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar con relación a su estado nutricional.

La atención en nutrición se brinda **al diagnóstico del caso** y luego de manera mensual según el esquema de tratamiento para TB indicado.

El registro de la atención en nutrición al momento del diagnóstico de caso de TB se registra de la siguiente manera:

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

- En la fila 1°, registre:

Quando el E.S cuente con profesional en nutrición	Atención en nutrición	99209
Quando el E.S no cuente con profesional en nutrición	Consejería nutricional	99403

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre:
  - 1=** para indicar que corresponde a un caso de TB sensible.
  - 2=** para indicar que corresponde a un caso de TB resistente.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA A HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS	
	HISTORIA CLINICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
4	60341582	2	POMABAMBA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Atención en nutrición	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	1	99209
	<input checked="" type="checkbox"/>				M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	13225	58	<input checked="" type="checkbox"/>		F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

El registro de la atención en nutrición al mes de diagnosticado el caso de TB y mensualmente se realiza de la siguiente manera:

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

- En la fila 1°, registre:

Cuando el E.S cuente con profesional en nutrición	Atención en nutrición	99209
Cuando el E.S no cuente con profesional en nutrición	Consejería nutricional	99403

- En la fila 2°, Registro en el padrón de beneficiarios para acceso al Programa de Alimentación y Nutrición del Afectado por Tuberculosis (PANTBC) (**99210.06**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, marque D.
- En la fila 2°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° **TBC** para indicar caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2° registre:
  - **1=** para indicar que corresponde a un caso de TB sensible.
  - **2=** para indicar que corresponde a un caso de TB resistente.



Av. Salaverry 801, Jesús María  
Lima - Perú  
[www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)