

#CombateLaTuberculosis



# Manual de **registro y codificación** de las actividades de prevención y control de **tuberculosis**

## Sistema de información **HIS**



PERÚ

Ministerio de Salud



BICENTENARIO PERÚ 2024



PERÚ

Ministerio  
de Salud

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

**DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES  
ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA**

**DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL  
DE TUBERCULOSIS**

Sistema de Información HIS

**Lima - Perú  
2024**

## Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Manual de Registro y Codificación de las Actividades de Prevención y Control de Tuberculosis / Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información. Oficina de Gestión de la Información - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis. - Lima: Ministerio de Salud; 2024. 49 p. ilus.

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

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-06539

### **“Manual de Registro y Codificación de las Actividades de Prevención y Control de Tuberculosis”**

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

#### **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. Karla Guerra Motta, 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. Valentina Antonieta Alarcón Guizado, Directora Ejecutiva, MINSA / DGIESP / DPCTB.

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

Ing. Adhemir Bellido Delgado, Equipo técnico, MINSA / OGTI / OGEI.

#### **Diseño y diagramación:**

Lic. Julie Guillen Ramos, Equipo técnico, MINSA / OGTI / OGEI.

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

©MINSA, junio 2024

#### **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

Versión digital: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINS/7370.pdf>



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ**

Ministro de Salud

**ERIC RICARDO PEÑA SÁNCHEZ**

Viceministro de Salud Pública

**CIRO ABEL MESTAS VALERO**

Viceministro de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

**MOISÉS IVÁN GUILLÉN CÁRDENAS**

Secretario General

**CRISTIAN DÍAZ VÉLEZ**

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

**JOSÉ ENRIQUE PÉREZ LU**

Director General de la Oficina  
General de Tecnologías de la Información

**VALENTINA ANTONIETA ALARCÓN GUIZADO**

Directora Ejecutiva de la Dirección de  
Prevención y Control de Tuberculosis

**PAUL MICHEL TRAUCO GALÁN**

Director Ejecutivo de la  
Oficina de Gestión de la Información



# 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 Tuberculosis (DPCTB), como órgano de línea de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, es responsable de establecer normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, el diagnóstico, el tratamiento gratuito y supervisado de todos los afectados por esta enfermedad, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad, y realizando 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, es 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.

# CONTENIDO

<b>GENERALIDADES.</b>	<b>07</b>
Base legal.....	09
Instrucciones para el registro y codificación de las actividades de prevención y control de tuberculosis (TB).....	10
<b>ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN TUBERCULOSIS.....</b>	<b>11</b>
Consejería para TB.....	11
Sesión educativa y demostrativa para TB.....	14
<b>ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN EN TUBERCULOSIS.....</b>	<b>15</b>
Estudio de contactos.....	15
Prueba para diagnóstico de TB latente.....	16
Terapia preventiva para tuberculosis latente.....	18
<b>ACTIVIDADES DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO PARA TUBERCULOSIS.....</b>	<b>22</b>
Detección de casos.....	22
Procedimientos especiales para obtención de muestras para diagnóstico de tuberculosis .....	27
Tamizaje para VIH en persona afectada por tuberculosis.....	28
Comorbilidad TB – diabetes mellitus.....	29
Reacción adversa a medicamentos para TB (RAM).....	30
Derivación y transferencia.....	31
<b>ACTIVIDADES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS (PAT).....</b>	<b>33</b>
Evaluación médica.....	33
Atención en consultorio de enfermería.....	34
Administración de tratamiento para la PAT.....	36
Control de tratamiento.....	37
RETO ante reacción adversa a medicamentos.....	38
Atención en servicio social.....	39
Atención de salud mental.....	42
Atención en nutrición.....	47

## 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>	Tuberculosis 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>Z030</b>	Sintomático respiratorio.
<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 promoción de la salud y prevención de la tuberculosis extraídos del Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios (CPMS) – MINSA**

COD.	PROCEDIMIENTOS / ACTIVIDADES
99199.12	Administración de terapia preventiva para contactos de TB sensible.
99199.59	Administración de terapia preventiva para contactos de TB resistente.
99199.60	Administración de terapia preventiva para población vulnerable para TB.
99199.57	Censo de contactos.
99401.33	Consejería pretest para VIH.
99403.03	Consejería postest para VIH - resultado reactivo.
99401.34	Consejería postest para VIH - resultado no reactivo.
C0011	Visita familiar integral.
C0010	Sesión demostrativa.
C0009	Sesión educativa.
99401.36	Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria.
99401.13	Consejería en estilos de vida saludable.
99210.06	Registro en el padrón de beneficiarios para acceso al Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y Familia (PANTBC).
99403.01	Consejería nutricional.
99216	Atención en consultorio de enfermería.
99499.08	Teleorientación síncrona.
99499.10	Telemonitoreo.

**Cuadro N° 03:**  
**Actividades y procedimientos de detección, diagnóstico y tratamiento de tuberculosis extraídos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios (CPMS) – MINSA**

COD.	PROCEDIMIENTOS/ ACTIVIDADES
99199.58	Recolección de muestra para tuberculosis (TB).
91105	Lavado gástrico (aspirado gástrico).
94640	Inducción del esputo.
86580	Prueba intradérmica para TB (PPD).
86480	Prueba de Interferón-Gamma Release Assay (IGRA).
86703.01	Prueba rápida de anticuerpo para VIH.
86703.02	Prueba rápida de antígeno y anticuerpo para VIH.
87389	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 resistente a medicamentos en el I nivel de atención.
<b>99206.02</b>	Administración de tratamiento supervisado para TB resistente a medicamentos 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° 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°339-2023/MINSA, que aprueba la NTS N° 200-MINSA/DGIESP-2023 “Norma Técnica de salud para el Cuidado Integral de la Persona afectada por Tuberculosis, Familia y Comunidad”.
- 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 (TB)

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

Los ítems “Diagnóstico motivo de consulta, procedimiento y actividades de salud”, “Tipo de diagnóstico” y “Valor Lab” presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

Los ítems referidos al “Día”, “Historia clínica”, “DNI”, “Financiador”, “Pertenenencia 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 PROMOCIÓN DE LA SALUD 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, en la familia de la persona afectada por tuberculosis (PAT).

Esta actividad se realizará 2 veces al año a través de visitas domiciliarias o teleorientaciones síncronas 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°, 1 que indica la primera consejería.
- En la fila 2°, casillero Lab 1°, TBC que indica que la consejería se brindó a la familia de una PAT.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22																
											DÍA			TIPO DE DIAGNÓSTICO				VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPMSS												
											D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	P	D	R		1°	2°	3°													
HISTORIA CLÍNICA											10			12			EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC.	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD										
GESTANTE / PUERPERA		ETNIA		CENTRO POBLADO																													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																																	
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____																																	
20	50841774	2	PUEBLO LIBRE	36	<del>M</del>	PC		PESO		N	N	1. Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria.			P	<del>D</del>	R	1			99401.36												
	14524	58			M	Pab		TALLA		<del>D</del>	<del>D</del>	2. Visita familiar.			P	<del>D</del>	R	TBC			C0011												
	V1458				D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	R															

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22			
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC.	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPMSS			
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
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"/>	PC	PESO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita familiar.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		C0011
	V1458	58			D	F	Ppreg	Hb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R	R	3.			P	D	R		

La 2da. consejería se realiza al mes siguiente de la 1era. 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°, **1** que indica la primera consejería.
- En la fila 2°, casillero Lab 1°, **TBC** que indica que la consejería se brindó a la familia de una PAT.



7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DÍA	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 / CPMS		
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
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. <b>Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria.</b>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99401.36
	14524				M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. <b>Teleorientación sincrona.</b>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		99499.08
	V1458	58	D		F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R				

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DÍA	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 / CPMS		
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
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. <b>Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria.</b>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99401.36
	14524				M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. <b>Teleorientación sincrona.</b>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		99499.08
	V1458	58	D		F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R				

**La 2da. consejería se realiza al mes siguiente de la 1era. 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”, “Pertenenencia 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°, el número de sesión demostrativa (1 o 2) según corresponda.
- En la fila 2°, casillero Lab 1°, **TBC** que indica que la consejería se brindó a la familia de una PAT.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22					
DÍA	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 / CPMS					
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°						
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																						
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____													
20	APP136		PUEBLO LIBRE		A	M	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 2da. sesión educativa y demostrativa se realizan como mínimo al mes siguiente de la 1era. sesión educativa y demostrativa.**

# ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN EN TUBERCULOSIS

## ESTUDIO DE CONTACTOS

### CENSO DE CONTACTOS

**Definición operacional:** Procedimiento que consiste en la identificación de contactos (intradomiciliarios y extradomiciliarios) del caso índice con TB a través de la entrevista de enfermería, la visita domiciliaria y su registro en el formato Registro de caso y control de tratamiento de casos, 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.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22
DÍA	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 / CPMS
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																	
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____						FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____					
2	71452863	2	COMAS	51	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1. Censo de contactos.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99199.57
	12451				M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Atención en consultorio de enfermería.		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99216
	1014	58			D	F	Ppreg	Hb	<input type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

#### 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.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22				
DÍA	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 / CPMS				
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ÚLTIMA 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			
	I014	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°, 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.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22				
DÍA	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 / CPMS				
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ÚLTIMA 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			
	I014	58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	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 intradérmica para tuberculosis (**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°, 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°, anote **IA**, que indica la aplicación de la prueba correspondiente.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DÍA	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	10	12								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / /									
12	31879510	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	28	M	PC	PESO	N	N	1. Prueba intradérmica para TB (PPD).	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PVV	IA	86580	
	3879					Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2.	P	D	R			
	F008	58	Ppreg			Hb	R	R	3.		P	D	R				

### LECTURA DE PRUEBA PARA TB LATENTE

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

- En la fila 1°, Prueba intradérmica para tuberculosis (**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°, 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°, anote **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.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
DÍA	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 / CPMS				
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																					
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ___/___/___													
15	31879510	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	28	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Prueba intradérmica para TB (PPD).			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PVV	TA	RP	86580
	3879				<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	D	R				
	F008	58			<input checked="" type="checkbox"/>	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 sensible, según prescripción médica, con el fin de reducir el riesgo de enfermarse por TB.

Esquemas para terapia preventiva para contactos con TB sensible				
Medicamento	Duración	Administración	Registro en HIS	Indicación
Isoniacida	La duración del esquema está sujeta a la normatividad vigente.	Diaria	Diario	Todos
Isoniacida + rifampicina.		Diaria	Diario	Menores de 2 años.
Rifampicina		Diaria	Diario	En caso de RAM a isoniacida.
Rifapentina + isoniacida (12 dosis).		Semanal	Semanal	Mayores de 2 años.

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**.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22	
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC.	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°		
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
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"/>	PC	PESO	<input type="checkbox"/>	N	N	1. Administración de terapia preventiva para contactos de TB sensible.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99199.12	
	14987				<input type="checkbox"/>	M	Pab	TALLA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	Y127	58			<input type="checkbox"/>	D	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	Indicación
Contacto de un caso de TB rH.	Rifampicina	La duración del esquema está sujeta a la normatividad vigente.	Diaria	Diario	Todos
Contacto de un caso de TB RR/TB MDR.	Levofloxacino		Diaria	Diario	Menores de 18 años.

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**.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22					
DÍA	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 / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°		
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
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"/>	PC	PESO	<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1. Administración de terapia preventiva para contactos de TB resistente.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99199.59	
	14987				M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.		P	D	R				
	Y127	58			D	F	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				
Medicamento	Duración	Administración	Registro en HIS	Indicación
Isoniacida	La duración del esquema está sujeta a la normatividad vigente.	Diaria	Diario	Todos
Isoniacida + rifampicina		Diaria	Diario	Menores de 2 años.
Rifampicina		Diaria	Diario	En caso de RAM a isoniacida.
Rifapentina + isoniacida (12 dosis)		Semanal	Semanal	Mayores de 2 años.

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°, 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.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DÍA	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 / CPMS
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____								
22	75194338	2	TRUJILLO	24	<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				<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
	Y127	58			<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

## ACTIVIDADES DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO PARA TUBERCULOSIS

### DETECCIÓN DE CASOS

#### CASO PROBABLE DE TUBERCULOSIS

**Definición operacional:** Persona que presenta síntomas o signos sugestivos de tuberculosis.

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 la fila 3°, Examen radiológico (**71010**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

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

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1°, 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.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22											
											DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO		PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC.	SER- VICIO	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPSS
												HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																								
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____																				
6	47287721	2	PUCARA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. TB pulmonar.			<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	PVW			A150						
	7548	58			<input type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Recolección de muestra para tuberculosis.			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99199.58					
	J01				<input type="checkbox"/>	D	Ppreg		Hb		R	R	3. Examen radiológico.			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R					71010					

### SINTOMÁTICO RESPIRATORIO IDENTIFICADO (SRI)

**Definición operacional:** Persona que presenta tos y flema por 15 días o más, debidamente inscrito en el Libro de registro de detección de casos de tuberculosis y a quien se le recolecta la primera muestra para examen bacteriológico.

El sintomático respiratorio identificado **SOLO** se debe registrar con tipo de diagnóstico “Definitivo” (D) la 1º vez que se identifica y se registra, ya que al hacerlo más de una vez se contabiliza como un sintomático respiratorio nuevo.

**Si el sintomático respiratorio (SR) es identificado en cualquiera de los consultorios y luego es remitido al consultorio de la ESPCTB para completar con su atención, el registro del consultorio que lo identificó es de la siguiente manera:**

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

- En la fila 1º, Sintomático respiratorio identificado (**Z030**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1º, D.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1º, casillero Lab 1º, 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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DÍA	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	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____									
6	47287721	2	PUCARA	30	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	N	1. Sintomático respiratorio identificado.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	PVV		Z030	
	7548				<input checked="" type="checkbox"/> M	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
	J01	58			<input checked="" type="checkbox"/> D	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

**Cuando el usuario se encuentre en el consultorio de TB, se le registra en el Libro de registro de detección de casos de tuberculosis y se ordena la toma de muestra, se registra de la siguiente manera:**

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

- En la fila 1°, Sintomático respiratorio identificado (**Z030**).
- En la fila 2°, Recolección de muestra para tuberculosis (**99199.58**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

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

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 2°, casillero Lab 1°, **1** para indicar la primera muestra para estudio bacteriológico.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DÍA	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 / CPMS		
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																			
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____											
6	47287721	2	PUCARA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Sintomático respiratorio identificado.	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			Z030
	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	1		99199.58
	J01	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

**Existen establecimientos de salud donde los usuarios identificados como SR son inmediatamente remitidos al consultorio de la ESPCT; en el cual son registrados y se gestiona la toma de muestra.**

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

- En la fila 1°, Sintomático respiratorio identificado (**Z030**).
- En la fila 2°, Recolección de muestra para tuberculosis (**99199.58**).

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°, 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°, el **1** para indicar la primera muestra para estudio bacteriológico.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22					
DÍA	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	10	12								P	D	R	1°	2°	3°						
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ___/___/___													
6	47287721	2	PUCARA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1. Sintomático respiratorio identificado.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PVV			Z030
	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	1			99199.58		
	J01	58	<input checked="" type="checkbox"/>		D	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R							

### SINTOMÁTICO RESPIRATORIO EXAMINADO (SREx)

**Definición operacional:** Es el SRI con segunda muestra recolectada para examen bacteriológico.

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

- En la fila 1°, Sintomático respiratorio identificado (**Z030**).
- En la fila 2°, Recolección de muestra para tuberculosis (**99199.58**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

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

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1° 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°, el **2** para indicar la segunda muestra para estudio bacteriológico.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC.	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPSS		
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																			
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ___/___/___											
7	47287721	2	PUCARA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Sintomático respiratorio identificado.	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PVV		Z030
	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
	J01	58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	R			

### SINTOMÁTICO RESPIRATORIO EXAMINADO CON BACTERIOLOGÍA CONFIRMADA

**Definición operacional:** Es el SREx con resultado de bacteriología positiva (baciloscopia, cultivo o prueba molecular rápida positiva).

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

- En la fila 1°, Sintomático respiratorio identificado (**Z030**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, R.

En el ítem “Lab” anote:

- En la fila 1°, casillero Lab 1°, 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 la sigla **RP** para indicar resultado positivo
- En la fila 1°, casillero Lab 3° registre el tipo de examen bacteriológico realizado para la confirmación bacteriológica, según corresponda:
  - **Baciloscopia** = 1.
  - **Prueba molecular** = 2.
  - **Cultivo** = 3.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DÍA	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 / CPMS			
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____												
7	47287721	2	PUCARA	30	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Sintomático respiratorio identificado.	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PVV	RP	1	Z030
	7548				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R				
	J01	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	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 broncoscopía.

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 .

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DÍA	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 / CPMS			
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA 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
	10006				<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
	F781	58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	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 facilitar 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.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC.	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPMS			
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																				
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ÚLTIMA 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	
	10006				<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2. Inducción del esputo.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			94640
	F781	58			<input checked="" type="checkbox"/>	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 pretest 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 postest para VIH según corresponda:
  - Consejería postest para VIH – resultado no reactivo (**99401.34**).
  - Consejería postest para VIH – resultado 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 negativo.
  - **RP** = resultado reactivo.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22					
DÍA	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	10	12								P	D	R	1°	2°	3°						
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____													
6	70033940	2	HUARAZ	21	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería pretest para VIH.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC			99401.33
	16458	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	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
	M8359				D	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería postest para VIH NO REACTIVO			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.34

### COMORBILIDAD TB – DIABETES MELLITUS

#### TAMIZAJE PARA DIABETES MELLITUS EN PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS

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.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22					
DÍA	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	10	12								P	D	R	1°	2°	3°						
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ÚLTIMA 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	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	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
	N3114				D	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	R				

### DIAGNÓSTICO COMORBILIDAD TB - DIABETES MELLITUS

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

- En la fila 1°, 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°, según corresponda:
  - **1** = TB pulmonar.
  - **2** = TB extrapulmonar.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22					
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC.	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPMS					
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°						
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																						
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___					FECHA DE ÚLTIMA 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				
	N3114	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:

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

En el ítem “Lab” anote:

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC.	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPMS				
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																					
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____													
11	50841774	2	PUEBLO LIBRE	36	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Ictericia.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			R17X
	14524				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Reacción adversa a medicamentos.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		
	V1458	58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	R			

## DERIVACIÓN Y TRANSFERENCIA

### DERIVACIÓN

**Definición operacional:** Es una modalidad de referencia por cuyo proceso una persona diagnosticada con TB en un E.S. y que reside en otra jurisdicción, es derivado al E.S. más cercano a su domicilio para continuar su tratamiento. El reporte del caso es realizado por el E.S. que recibe a la PAT.

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°, **TBC** para indicar la derivación es de una PAT.
- En la fila 2°, casillero Lab 2°, 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].

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22									
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC.	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPMS					
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°						
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																						
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____														
18	80752417	2	MAGDALENA DEL MAR	26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	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				
	G22	58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	R				

## TRANSFERENCIA

**Definición operacional:** Es una modalidad de referencia por cuyo proceso una persona diagnosticada con TB en el E.S. de su jurisdicción, solicita ser trasladado a otro E.S. La notificación del caso es realizada por el E.S. que transfirió a la PAT.

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°, **TBC** para indicar la transferencia es de una PAT.
- En la fila 2°, casillero Lab 2°, 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].

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22				
DÍA	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 / CPMS				
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																					
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____												
18	80752417	2	MAGDALENA DEL MAR	26	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Referencia.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	1		99700				
	26541				M						<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
	G22	58	D		F						Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R			

## ACTIVIDADES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS (PAT)

### 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 A 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 tuberculosis.
- En la fila 1°, casillero Lab 2°, **1** para indicar TB sensible.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22
DÍA	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	10	12								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
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. Evaluación médica.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	1	99214	
	13225					Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2.	P	D	R			
	M587	58				D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R		

### EVALUACIÓN MÉDICA A 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 tuberculosis.
- En la fila 1°, casillero Lab 2°, **2** para indicar TB resistente.

7 DÍA	8	9	11	13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	16 EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	17 ESTA- BLEC.	18 SER- VICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 CÓDIGO CIE / CPMS	
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA								P	D	R	1°	2°	3°		
	HISTORIA CLÍNICA	10	12															
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	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				M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	D	R		
	M587	58			D	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 ENFERMERÍA A 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.

Tipo de TB	Esquema de tratamiento	Duración	Registro HIS
TB sensible	Esquema para TB sin infección por VIH.	La duración del esquema está sujeta a la normatividad vigente.	Mensual
	Esquema para TB miliar o extrapulmonar con compromiso del SNC u osteoarticular.		
	Esquema para afectados con TB con infección por VIH.		



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 tuberculosis.
- En la fila 1°, casillero Lab 2°, **1** para indicar TB sensible.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22			
											TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB				CÓDIGO CIE / CPMSS		
											P	D	R	1°	2°	3°				
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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Atención en consultorio de enfermería.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	1		99216		
	13225				M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	
	M587	58	D		F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R							

### ATENCIÓN EN CONSULTORIO DE ENFERMERÍA 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 tuberculosis.
- En la fila 1°, casillero Lab 2°, **2** para indicar TB resistente.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22			
											TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB				CÓDIGO CIE / CPMSS		
											P	D	R	1°	2°	3°				
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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Atención en consultorio de enfermería.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	2		99216		
	13225				M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	
	M587	58	D		F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R							

## ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA LA PAT

### ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA TB SENSIBLE

**Definición operacional:** Procedimiento realizado por el profesional de enfermería, que consiste en la observación directa o mediante el uso de las TIC, de la ingesta de cada uno de los medicamentos de un esquema establecido para TB sensible, indicado para el tratamiento de la tuberculosis activa.

Esquemas de tratamiento para TB sensible		Duración	Administración	Registro en HIS
Esquema para TB sin infección por VIH.	Primera fase	La duración del esquema está sujeta a la normatividad vigente.	Diaria (50 dosis).	Diario
	Segunda fase		3 veces por semana (54 dosis).	3 veces por semana.
Esquema para TB miliar o extrapulmonar con compromiso del SNC u osteoarticular.	Primera fase		Diaria (50 dosis).	Diario
	Segunda fase		Diaria (250 dosis).	Diario
Esquema para afectados con TB con infección por VIH.	Primera fase		Diaria (50 dosis).	Diario
	Segunda fase		Diaria (100 dosis).	Diario

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**.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22	
DÍA	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 / CPMS	
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°		
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																		
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____									
23	50841774	2	PUEBLO LIBRE	36	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Administración de tratamiento supervisado de TB sensible.	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99205.03		
	14524				M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	V1458	58			D	F	Ppreg	Hb	R		R	3.	P	D	R			

### ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA TB RESISTENTE

**Definición operacional:** Procedimiento realizado por el profesional de enfermería, que consiste en la observación directa o mediante el uso de las TIC de la ingesta de cada uno de los medicamentos de un esquema establecido para TB resistente, indicado para el tratamiento de la tuberculosis activa.

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**.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DÍA	D.N.J.	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 / CPSS
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ÚLTIMA 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			99205.04	
	14524			M		Pab	TALLA			2.	P	D	R				
	V1458	58		D	F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

El registro de las administraciones del tratamiento en TB resistente es **DIARIO** según normatividad vigente.

### 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:

Tipo de TB	Duración	Registro HIS
TB sensible	La duración del esquema está sujeta a la normatividad vigente.	Mensual
TB resistente		

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 tuberculosis.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22
DÍA	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 / CPMS
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
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. Control de tratamiento.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		99199.08	
	13225				M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	M587	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”:

- En la fila 1°, marque D.

En el ítem “Lab” anote:

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC.	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPSS				
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
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"/>	PC		PESO		N	N	1. Reto ante reacción adversa a medicamentos.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	IA	99206.03	
	14524				M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	D	R			
	V1458	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°, **TBC** para señalar que el procedimiento se realiza en un caso de TB.
- En la fila 1°, casillero Lab 2°, **TA** para término de RETO.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC.	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPSS				
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																					
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____												
27	50841774	2	PUEBLO LIBRE	36	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Reto ante reacción adversa a medicamentos.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	TA	99206.03	
	14524				M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	D	R			
	V1458	58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	R			

### ATENCIÓN EN 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 EN SERVICIO SOCIAL AL 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°, D.

En el ítem “Lab”:

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DÍA	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	10	12								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Atención de servicio social.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	1	99210
	13225				M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	
	M587	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°, D.
- En la fila 2°, D.

En el ítem “Lab” anote:

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC.	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPMS				
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
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 de servicio social.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	1		99210
	13225				<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Teleconsulta en línea.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				
	M587	58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	R			

### ATENCIÓN EN SERVICIO SOCIAL AL PAT CON TB RESISTENTE

En las personas que reciben esquema para TB resistente, se brinda atención en servicio social al diagnóstico del caso y luego de manera mensual, según tipo de tratamiento indicado.

#### Quando 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°, D.

En el ítem “Lab” anote:

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC.	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPMS				
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
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 de servicio social.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	2		99210
	13225				<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.			P	D	R				
	M587	58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.			P	D	R			

#### Quando 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°, D.
- En la fila 2°, D.

En el ítem “Lab” anote:

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
DÍA	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 / CPMS
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Atención de servicio social.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	2	99210
	13225				M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Teleconsulta en línea.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.01
	M587	58	D		F	Ppreg	Hb	R	R	3.	P	D	R				

## ATENCIÓN DE 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 (NNA) 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°, D.
- En la fila 2°, D.

En el ítem “Lab” anote:

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
DÍA	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 / CPMS		
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																
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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje en trastornos depresivos.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		96150.03
	13225				M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	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		
	M587	58	D		F	Ppreg		Hb		R	R	3.	P	D	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°, 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 caso de tuberculosis.

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22				
											DÍA			TIPO DE DIAGNÓSTICO				VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPMSS
											D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL		EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	
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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje en trastornos depresivos.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC		96150.03				
	13225				M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	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			
	M587	58	F		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ppreg	Hb	R	R	3. Consejería de prevención de riesgos en salud mental.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.09				

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°, 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 caso de tuberculosis.
- En la fila 1°, casillero Lab 2°, registre el número que corresponde al problema identificado.

7 DÍA	8	9	11	13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	16 EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	17 ESTABLEC.	18 SERVICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 CÓDIGO CIE / CPMS
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA								P	D	R	1°	2°	3°	
	HISTORIA CLÍNICA	10	12														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																	
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ÚLTIMA 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					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
	K798	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°, 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 caso de tuberculosis.

7 DÍA	8	9	11	13 EDAD	14 SEXO	15 PERIMETRO CEFÁLICO - ABDOMINAL - PESO PREGESTACIONAL	16 EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	17 ESTABLEC.	18 SERVICIO	19 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	20 TIPO DE DIAGNÓSTICO			21 VALOR LAB			22 CÓDIGO CIE / CPMS
	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA								P	D	R	1°	2°	3°	
	HISTORIA CLÍNICA	10	12														
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					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
	M587	58	D			F	Ppreg	Hb	R			R	3. Teleorientación síncrona.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	

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

En el ítem “Lab” anote:

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22			
DÍA	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	10	12								P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje en trastornos depresivos.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC			96150.03
	13225				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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			
	M587	58	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería de prevención de riesgos en salud mental.			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____					FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____											
					A	M	PC		PESO		N	N	3. Teleorientación síncrona.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.08
					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab		TALLA		C	C			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ppreg		Hb		R	R				P	<input checked="" type="checkbox"/>	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 síncrona (**99499.08**).

En el ítem “Tipo de diagnóstico” marque:

- En la fila 1°, D.

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

En el ítem “Lab” anote:

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22			
DÍA	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	10	12								P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____												
10	75849623	2	RECUJAY	8	A	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	F	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
	K798	58			D	F	Ppreg		Hb		R	R	3. Consejería de prevención de riesgos en salud mental.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.09
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____																				
(*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ____/____/____												
					A	M	PC		PESO		N	N	3. Teleorientación sincrona.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.08
					M	F	Pab		TALLA		C	C		P	D	R				
					D	F	Ppreg		Hb		R	R		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 de la misma

### 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:

Tipo de TB	Duración	Registro HIS
<b>TB sensible</b>	La duración del esquema está sujeta a la normatividad vigente.	Mensual
<b>TB resistente</b>		

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

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

- En la fila 1°, registre:

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

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21			22
DÍA	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 / CPMS
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°	
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
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	<input checked="" type="checkbox"/>	N	N	1. Atención en nutrición.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	1	99209
	13225				M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R			
	M587	58			D	F	Ppreg	Hb		R	R	3.	P	D	R		

**El registro de la atención en nutrición posteriores se realiza mensualmente, de la siguiente manera:**

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

- En la fila 1°, registre:

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



- En la fila 2°, Registro en el padrón de beneficiarios para acceso al Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y Familia - PANTBC (99210.06).

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

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							
DÍA	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 / CPMS			
	HISTORIA CLÍNICA	10	12								P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE / PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																	
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. Atención en nutrición.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TBC	1	99209				
	13225										58	F	Pab	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Registro en el padrón de beneficiarios para acceso al PANTBC.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R
	M587	Ppreg	Hb										R	R	3.	P	D	R		



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Av. Salaverry 801, Jesús María  
Lima - Perú  
Telf: (511) 315-6600  
[www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)