

Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa

Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera



Sistema de Información HIS

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Manual de registro y codificación de la atención en la consulta externa. Componente de salud ocular y prevención de la ceguera. Sistema de Información HIS / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. Oficina General de Tecnologías de la Información. Oficina de Gestión de la Información - Lima: Ministerio de Salud; 2025.
52 p. ilus.

SALUD OCULAR / CEGUERA / PERSONAS CON DAÑO VISUAL / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / SISTEMAS DE INFORMACIÓN / SISTEMA DE REGISTROS / CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / CODIFICACIÓN CLÍNICA / SISTEMAS DE REGISTROS MÉDICOS COMPUTARIZADOS

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2025 - 00020

Manual De Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa. Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. Sistema de Información HIS.

Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas. Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - Oficina de General de Tecnologías de la Información. Oficina de Gestión de la Información. (MINSA/DGIESP/DENOT/ Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - OGTI/OGEI)

Equipo de Trabajo:

Harvy Alberto Honorio Morales, DGIESP / DENOT / Coordinador Nacional del CSOPC
Héctor Shimabuku Ysa, DGIESP / DENOT / Equipo Técnico del CSOPC
María Angélica Rivas Souza, DGIESP / DENOT / Equipo Técnico del CSOPC
Eladia Quispe Yataco, DGIESP / DENOT / Equipo Técnico del CSOPC
Giovanna Patricia Ríos Susanibar, DGIESP / DENOT / Equipo Técnico del CSOPC
Jessica Patricia Díaz La Rosa, DGIESP / DENOT / Equipo Técnico del CSOPC
Cinthia Muñoz Carrillo, DGIESP / DENOT / Equipo Técnico del CSOPC
Luz Angela Rivera Vásquez, DGIESP / DENOT / Equipo Técnico del CSOPC
Jorge Luis Oppe Alvarez, DIRESA Moquegua
Fanny Choque Flores, DIRESA Piura
Carmen Rosa Tipian Levano, DIRESA San Martín
Marco Polo Bardales Espinoza, Equipo técnico de la Oficina de Gestión de la Información.
Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina de Gestión de la Información.

Diseño y Diagramación:

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

MINSA, Enero, 2025

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú

Tel.: (51-1) 315-6600

<https://www.gob.pe/minsa/>

webmaster@minsa.gob.pe

1ª. Edición, enero 2025

Versión digital disponible: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINS/7573.pdf>

**PERÚ**

Ministerio de Salud

CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ

Ministro de Salud

ERIC RICARDO PEÑA SÁNCHEZ

Viceministro de Salud Pública

HERBERTH ULISES CUBA GARCÍAViceministro de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud**MOISÉS IVÁN GUILLÉN CÁRDENAS**

Secretario General

JOSÉ ENRIQUE PÉREZ LUDirector General de la Oficina General
de Tecnologías de la Información**CRISTIAN DÍAZ VÉLEZ**Director General de la Dirección General de
Intervenciones Estratégicas en Salud Pública**PERCY ALBERTO HERRERA AÑAZGO**Director Ejecutivo de la Dirección de Prevención y Control de
Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas

TABLA DE CONTENIDOS

GENERALIDADES

| | |
|---|---|
| I. DIAGNÓSTICOS Y ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES | |
| a. Lista de CIE-10 | 6 |
| b. Lista de CPMS | 7 |
| II. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL COMPONENTE DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA | |
| a. Organización de la hoja HIS | 8 |
| b. Atención de salud | 8 |
| c. Códigos étnicos de pueblos indígenas | 9 |

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| 1. RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD – ROP | |
| a. Detección de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el II y III nivel de atención | 10 |
| b. Seguimiento del recién nacido con factores de riesgo para ROP (tamizaje) | 10 |
| c. Diagnóstico de recién nacido con ROP..... | 11 |
| d. Tratamiento de recién nacido con ROP | 12 |
| e. Control post operatorio de recién nacidos con ROP | 14 |
| f. Complicaciones secundarias al tratamiento de ROP | 14 |
| 2. ATENCIÓN DE SALUD OCULAR EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS | |
| a. Tamizaje de alteraciones oculares | 18 |
| b. Evaluación de sospecha de alteraciones oculares | 19 |
| 3. ERRORES DE REFRACCION – ER | |
| a. Tamizaje de ER | 20 |
| b. Evaluación de sospecha de ER | 21 |
| c. Diagnóstico de ER | 22 |
| d. Tratamiento de ER | 23 |
| e. Control de ER | 24 |
| 4. GLAUCOMA | |
| a. Tamizaje de glaucoma | 24 |
| b. Evaluación de sospecha de glaucoma | 25 |
| c. Diagnóstico de glaucoma | 26 |
| d. Tratamiento de glaucoma | 28 |
| e. Control de glaucoma | 29 |
| 5. CATARATA | |
| a. Tamizaje de catarata | 31 |
| b. Evaluación de sospecha de catarata | 33 |
| c. Diagnóstico de catarata | 33 |
| d. Tratamiento de catarata | 35 |

| | | |
|-----------|--|----|
| e. | Control post operatorio de cirugía de catarata | 36 |
| f. | Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas | 37 |
| 6. | RETINOPATIA DIABETICA – RD | |
| a. | Detección de RD | 38 |
| b. | Evaluación de sospecha de RD | 39 |
| c. | Diagnóstico de RD | 41 |
| d. | Tratamiento de RD | 42 |
| e. | Control de RD | 43 |
| 7. | ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO – EEO | |
| a. | Detección de EEO | 44 |
| b. | Diagnóstico de EEO | 44 |
| c. | Tratamiento de EEO | 45 |
| d. | Tratamiento especializado de EEO | 46 |
| e. | Control de EEO | 47 |
| 8. | TRACOMA | |
| a. | Evaluación de sospecha de tracoma | 49 |
| b. | Diagnóstico de tracoma | 50 |
| c. | Tratamiento de tracoma | 51 |
| d. | Control de tracoma | 51 |

GENERALIDADES

I. DIAGNÓSTICOS Y ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

a. Lista de CIE - 10

| CIE-10 | Diagnóstico / Actividad |
|--------|--|
| A710 | Estado inicial de tracoma |
| A711 | Estado activo de tracoma |
| A719 | Tracoma no especificado |
| B940 | Secuelas de tracoma |
| E103 | Diabetes mellitus tipo 1, con complicaciones oftálmicas |
| E108 | Diabetes mellitus tipo 1, con complicaciones no especificadas |
| E109 | Diabetes mellitus tipo 1, sin mención de complicación |
| E113 | Diabetes mellitus tipo 2, con complicaciones oftálmicas |
| E119 | Diabetes mellitus tipo 2, sin mención de complicación |
| E118 | Diabetes mellitus tipo 2, con complicaciones no especificadas |
| E133 | Diabetes mellitus especificada, con complicaciones oftálmicas |
| E139 | Diabetes mellitus especificada, sin mención de complicación |
| E143 | Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones oftálmicas |
| E147 | Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones múltiples |
| E148 | Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones no específicas |
| E149 | Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación |
| H000 | Orzuelo |
| H001 | Chalazión |
| H010 | Blefaritis |
| H011 | Dermatosis no infecciosa del párpado |
| H018 | Otras inflamaciones especificadas del párpado |
| H019 | Inflamación del párpado, no especificada |
| H020 | Entropión y triquiasis palpebral |
| H021 | Ectropión del párpado |
| H023 | Blefarocalasia |
| H024 | Blefaroptosis |
| H100 | Conjuntivitis mucopurulenta |
| H101 | Conjuntivitis atópica aguda |
| H102 | Otras conjuntivitis agudas |
| H103 | Conjuntivitis aguda, no especificada |
| H104 | Conjuntivitis crónica |
| H105 | Blefarconjuntivitis |
| H108 | Otras conjuntivitis |
| H109 | Conjuntivitis, no especificada |
| H110 | Pterigión |
| H113 | Hemorragia conjuntival |
| H114 | Otros trastornos vasculares y quistes conjuntivales |
| H118 | Otros trastornos especificados de la conjuntiva |
| H119 | Trastorno de la conjuntiva, no especificado |
| H150 | Escleritis |
| H151 | Episcleritis |
| H158 | Otros trastornos de la esclerótica |
| H159 | Trastorno de la esclerótica, no especificado |
| H160 | Úlcera de la cornea |
| H161 | Otras queratitis superficiales sin conjuntivitis |
| H162 | Queratoconjuntivitis |
| H163 | Queratitis intersticial y profunda |
| H164 | Neovascularización de la cornea |
| H168 | Otras queratitis |
| H169 | Queratitis, no especificada |
| H170 | Leucoma adherente |
| H171 | Otras opacidades centrales de la cornea |
| H179 | Cicatriz u opacidad de la córnea, no especificada |
| H180 | Pigmentaciones y depósitos en la cornea |
| H181 | Queratopatía vesicular |
| H182 | Otros edemas de la córnea (Edema corneal) |
| H210 | Hifema |
| H250 | Catarata senil incipiente |
| H251 | Catarata senil nuclear |

| CIE-10 | Diagnóstico / Actividad |
|--------|---|
| H252 | Catarata senil, tipo Morgagnian |
| H258 | Otras cataratas seniles |
| H259 | Catarata senil, no especificada |
| H260 | Catarata infantil, juvenil y presenil |
| H261 | Catarata traumática |
| H262 | Catarata complicada |
| H263 | Catarata inducida por drogas |
| H264 | Catarata residual |
| H268 | Otras formas especificadas de catarata |
| H269 | Catarata, no especificada |
| H270 | Afaquia |
| H330 | Desprendimiento de la retina con ruptura |
| H331 | Retinosquiasis y quistes de la retina |
| H332 | Desprendimiento seroso de la retina |
| H333 | Desgarro de la retina sin desprendimiento |
| H334 | Desprendimiento de la retina por tracción |
| H335 | Otros desprendimientos de la retina |
| H350 | Retinopatías del fondo y cambios vasculares retinianos |
| H351 | Retinopatía de la prematuridad |
| H352 | Otras retinopatías proliferativas |
| H353 | Degeneración de la macula y del polo posterior del ojo |
| H356 | Hemorragia retiniana |
| H358 | Otros trastornos especificados de la retina – Edema macular |
| H359 | Trastorno de la retina, no especificado |
| H360 | Retinopatía DÍAbética |
| H368 | Otros trastornos de la retina en enfermedades clasificadas en otra parte |
| H523 | Anisometropía y aniseiconia |
| H400 | Sospecha de glaucoma |
| H401 | Glaucoma primario de ángulo abierto |
| H402 | Glaucoma primario de ángulo cerrado |
| H403 | Glaucoma secundario a traumatismo ocular |
| H404 | Glaucoma secundario a inflamación ocular |
| H405 | Glaucoma secundario a otros trastornos del ojo |
| H406 | Glaucoma secundario a drogas |
| H408 | Otros glaucomas |
| H409 | Glaucoma, no especificado |
| H420 | Glaucoma en enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas clasificadas en otra parte |
| H428 | Glaucoma en otras enfermedades clasificadas en otra parte |
| H431 | Hemorragia del vítreo |
| H440 | Endoftalmitis |
| H498 | Otros estrabismos paralíticos |
| H499 | Estrabismo paralítico, no especificado |
| H500 | Estrabismo concomitante convergente |
| H501 | Estrabismo concomitante divergente |
| H502 | Estrabismo vertical |
| H503 | Heterotropía intermitente |
| H504 | Otras heterotropías o las no especificadas |
| H506 | Estrabismo mecánico |
| H508 | Otros estrabismos especificados |
| H509 | Estrabismo, no especificado |
| H510 | Parálisis de la conjugación de la mirada |
| H520 | Hipermetropía |
| H521 | Miopía |
| H522 | Astigmatismo |
| H523 | Anisometropía |
| H524 | Presbicia |
| H525 | Trastornos de la acomodación |
| H526 | Otros trastornos de la refracción |
| H527 | Trastorno de la refracción, no especificado (Ametropía) |
| H530 | Ambliopía |
| H55X | Nistagmo y otros movimientos oculares irregulares |
| H570 | Anomalías de la función pupilar |
| H571 | Dolor Ocular |
| H579 | Trastornos del ojo y sus anexos |

| | | | |
|-------|---|------|---|
| H590 | Queratopatía (Bullosa afaquica) consecutivo a cirugía catarata | Q150 | Glaucoma congénito |
| H598 | Otros trastornos del ojo y sus anexos, consecutivos a procedimientos. | T852 | Complicación mecánica de lente intraocular |
| P0713 | Recién nacido prematuro | Z010 | Examen de ojos y de la visión |
| Q120 | Catarata congénita | Z460 | Prueba y ajuste de anteojos |
| | | Z489 | Cuidado posterior a la cirugía, no especificado |
| | | Z961 | Presencia de lentes intraoculares |

b. Lista de CPMS

| CPMS | Procedimiento / Actividad |
|----------|---|
| 65756 | Queratoplastia (trasplante corneal); endotelial |
| 65850 | Trabeculotomía ab externo |
| 65850.01 | Trabeculotomía ab externo en niños |
| 65820 | Goniotomía |
| 65820.01 | Goniotomía en niños |
| 65855 | Trabeculoplastia por laser |
| 66170 | Trabeculectomía |
| 66180 | Drenaje acuoso a reservorio extraocular |
| 66710 | Ciclofotocoagulación vía transescleral |
| 66711 | Endociclofotocoagulación via transendoscópica |
| 66720 | Ciclocrioterapia |
| 67830 | Corrección de triquiasis |
| 66761 | Iridotomía/Iridectomía por cirugía láser |
| 66762 | Iridoplastia laser |
| 66820 | Incisión de catarata membranosa secundaria |
| 66821 | Cirugía láser para escisión de catarata (Residual) |
| 66850 | Facofragmentación (Facoemulsificación) |
| 66984 | Extracción extracapsular de catarata con implante de lente intraocular |
| 66820 | Discisión (Incisión) de catarata membranosa secundaria (Opacidad capsular posterior y/o Hialoideanterior); Técnica con instrumento cortante (Cuchillo de Ziegler o Wheeler) |
| 66180 | Drenaje acuoso a reservorio extraocular |
| 66761 | Iridotomía láser |
| 66762 | Iridoplastia láser |
| 66982.01 | Cuidado posterior a la cirugía (catarata) |
| 66993 | MININUC con implante de lente intraocular (LIO) |
| 67005 | Vitrectomía anterior |
| 67028 | Inyección intravítrea de agente farmacológico antiangiogénico |
| 67043 | Vitrectomía, mecánica, vía para plana con endopantofotocoagulación |
| 67145 | Profilaxis de desprendimiento de retina (Fotocoagulación) |
| 67229 | Destrucción de retinopatía extensa o progresiva-ROP (Fotocoagulación) |
| 65205 | Remoción de cuerpo extraño externo: conjuntival superficial |
| 65220 | Extracción de un cuerpo extraño impactado en la córnea sin usar una lámpara de hendidura |
| 65222 | Extracción de un cuerpo extraño impactado en la córnea usando una lámpara de hendidura |
| 65270 | Corrección de laceración de conjuntiva con cierre directo, con o sin laceración no perforante de esclerótica |
| 65275 | Reparación de laceración de córnea con o sin extracción de cuerpo extraño |
| 65420 | Escisión o transposición de pterigión; sin injerto |
| 65426 | Escisión o transposición de pterigión; con injerto |
| 65437 | Sutura de herida corneal |
| 67043 | Vitrectomía posterior con endofotocoagulación |
| 67700 | Blefarotomía con drenaje de absceso de párpado |
| 67830 | Corrección de triquiasis; incisión de borde del párpado |
| 68320 | Conjuntivoplastia; con injerto conjuntival o rearreglo amplio |
| 76510 | Ecografía oftálmica |
| 76516 | Biometría ocular por ultrasonido |
| 92015.01 | Determinación de estado de refracción y prueba y ajuste de anteojos |
| 92100 | Determinación de la presión intraocular bilateral (Tonometría) |
| 92015 | Refracción (subjativa) |
| 92016 | Refracción ciclopléjica |
| 92020 | Gonioscopia |
| 92060 | Estudio de estrabismo |
| 92061 | Estudio de baja visión |
| 92083 | Campimetría |
| 92133 | Tomografías de coherencia óptica (OCT) |
| 92137 | Topografía corneal |
| 92225 | Oftalmoscopia directa |
| 92226 | Oftalmoscopia indirecta |
| 92235 | Angiografía con fluoresceína (Angiofluoresceinografía) |
| 92250 | Fotografía de la retina (Retinografía) |
| 92284 | Paquimetría |
| 92286 | Microscopia especular |
| 92390 | Provisión de anteojos, se excluye prótesis para afaquia y ayudas para baja visión |
| 92504 | Microscopia binocular (Biomicroscopía) |
| 99199.11 | Administración de tratamiento (Aplicación de gotas o ungüentos) |
| 99173 | Determinación de la agudeza visual |
| 99203 | Consulta ambulatoria II-III nivel de atención |
| 99401.16 | Consejería en salud ocular |
| 99381 | Atención integral de salud del niño-CRED menor de 1 año |
| 99382 | Atención integral de salud del niño-CRED de 1 a 4 años |
| 99499.12 | Teleinterconsulta asíncrona |

II. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL COMPONENTE DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA

El componente desarrolla dos tipos de actividades: Atenciones de Salud y Actividades Preventivo Promocionales (APP); orientadas principalmente a la promoción, prevención y control de las patologías de salud ocular.

ORGANIZACIÓN DE LA HOJA HIS

El sistema de información en consulta ambulatoria (HIS), es un conjunto de elementos que interactúan entre sí, desarrollando procesos manuales y automáticos orientados al tratamiento y administración de datos e información generados en los servicios de consulta externa de los establecimientos de salud. Los datos generados se almacenan, se procesan y se interpretan.

a) **Datos Generales:** Son los datos que constituyen la información básica similar para cada una de las atenciones y/o actividades de salud realizadas.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------|----|----|----|----|----|-----|---------------------------------------|----|----|----|----|
| LOTE | <input type="text"/> | MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud | | | | | | | | | | | | | | | FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS | | | | |
| PAGINA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | TURNO | | | | |
| FECHA PROCES. | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | M | T | N | | |
| DNI DIGITADOR | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| AÑO | | MES | | NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) | | | | | | UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) | | | | | | DNI | | | | | |

b) **Datos Específicos:** Son datos particulares de cada atención y/o actividad de salud, que cambian de acuerdo a las características individuales de las personas que son atendidas en el establecimiento de salud.

| DÍA | D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | FINANCIADOR ID ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA 12 CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFAUICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|---------------------------------|---|-------------------------|---|-----------------------------------|------|--------------------------------------|---|-----------|----------|--|---------------------|---|---|-----------|----|----|---------------------|
| | | | | | | | | | | | P | D | R | 18 | 28 | 38 | |
| 1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: / / | | | | | | | |
| | | | | A | M | PC | PESO | N | N | 1. | P | D | R | | | | |
| | | | | M | | | TALLA | C | C | 2. | P | D | R | | | | |
| | | | | D | F | Pa/b | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | |
| 2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: / / | | | | | | | |
| | | | | A | M | PC | PESO | N | N | 1. | P | D | R | | | | |
| | | | | M | | | TALLA | C | C | 2. | P | D | R | | | | |
| | | | | D | F | Pa/b | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

En caso del registro de la edad en formato HIS, se debe registrar en valor numérico y entero, seguido de días(D), meses(M) o años(A), es decir:

- D = desde 1 día hasta los 29 días de edad.
- M = desde 1 mes hasta los 11 meses de edad.
- A = a partir de 1 año.
- En el caso del recién nacido de horas registre 1 día.

ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al **Día**, **Historia clínica**, **DNI**, **Financiador**, **Pertenencia étnica**, **Distrito de procedencia**, **Edad**, **Sexo**, **Establecimiento de Salud** y **Servicio**, se registran siguiendo las indicaciones planteadas en el capítulo de aspectos generales del presente documento técnico.

a) En el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud**, se debe de tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de registrar:

Registre en la fila 1 se registra el Diagnóstico, motivo de consulta y/o actividad que se realiza.

Registre en la fila 2 y 3: otras actividades o procedimientos que se realicen.

b) En el ítem: **Tipo de Diagnóstico**, se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de marcar: Marque con un aspa (X)

P: (Diagnóstico presuntivo) Únicamente cuando no existe certeza del Diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio y/o procedimiento.

D: (Diagnóstico definitivo) Cuando se tiene certeza del Diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares, el Diagnóstico definitivo se registra **solo** una vez.

R: (Diagnóstico repetido) Cuando el paciente vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad.

Si son más de tres los Diagnósticos y/o actividades los que se van a registrar, continúe en el siguiente registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems Día y Servicio, luego utilice los siguientes tres ítems del campo “Diagnósticos y/o actividades” para completar el registro de la atención.

- c) En el ítem: **Valor Lab.**, se registra algunas particularidades que se revisará en detalle en cada actividad o procedimiento realizado, dependiendo del Diagnóstico y/o actividad.

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

LOTE:
PAGINA:
FECHA PROCES.:
DNI DIGITADOR:

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS

| 1 | | TURNO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|-------|---------|---|---|----|---------------------------------------|----|------|----|---------------------------------------|----|---------------------------------------|----|-------------|-----------------------------------|------------|----|---|----|---------------------|----|-----------|----|------------------|
| | | M | T | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | AÑO | 3 | MES | 4 | NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) | 5 | UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) | | | 6 | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | D.N.I. | 8 | FINANC. | 9 | DISTRITO DE PROCEDENCIA | 10 | EDAD | 11 | SEXO | 12 | PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | 13 | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | 14 | ESTA- BLEC. | 15 | SER- VICIO | 16 | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | 17 | TIPO DE DIAGNÓSTICO | 18 | VALOR LAB | 19 | CÓDIGO CIE / CPT |
| 1 | | | | | | | | | | | | | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / / | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | 1. | P | D | R | | | |
| | | | | | | | | | | | | | M | | | TALLA | C | C | 2. | P | D | R | | | |
| | | | | | | | | | | | | | D | F | PaB | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | FECHA DE ÚLTIMA REGLA: / / | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | 1. | P | D | R | | | |
| | | | | | | | | | | | | | M | | | TALLA | C | C | 2. | P | D | R | | | |
| | | | | | | | | | | | | | D | F | PaB | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | |

CÓDIGOS ÉTNICOS DE PUEBLOS INDÍGENAS

Los códigos étnicos de pueblos indígenas deben ser utilizados de acuerdo al grupo étnico al que se haga referencia según lo solicitado en el formato HIS:

| Código étnico | Pueblo indígena | Código étnico | Pueblo indígena | Código étnico | Pueblo indígena |
|---------------|-----------------|---------------|------------------|---------------|-----------------------|
| 1 | Achuar | 21 | Kakataibo | 41 | Resigaró |
| 2 | Aimara | 22 | Kakinte | 42 | Secoya |
| 3 | Amahuaca | 23 | Kandozi | 43 | Sharanahua |
| 4 | Arabela | 24 | Kichwa | 44 | Shawi |
| 5 | Ashaninka | 25 | Kukama kukamiria | 45 | Shipibo-konibo |
| 6 | Asheninka | 26 | Madija | 46 | Shiw ilu |
| 7 | Awajún | 27 | Maijuna | 47 | Tikuna |
| 8 | Bora | 28 | Marinahua | 48 | Urarina |
| 9 | Capanahua | 29 | Mashco piro | 49 | Uro |
| 10 | Cashinahua | 30 | Mastanahua | 50 | Vacacocha |
| 11 | Chamicuro | 31 | Matsés | 51 | Wampis |
| 12 | Chapra | 32 | Matsigenka | 52 | Yagua |
| 13 | Chitonahua | 33 | Muniche | 53 | Yaminahua |
| 14 | Ese eja | 34 | Murui muinani | 54 | Yanesha |
| 15 | Harakbut | 35 | Nahua | 55 | Yine |
| 16 | Ikiyu | 36 | Nanti | 56 | Afroperuano |
| 17 | Iñapari | 37 | Nomatsigenga | 57 | Blanco |
| 18 | Isconahua | 38 | Ocaina | 58 | Mestizo |
| 19 | Jaqaru | 39 | Omagua | 59 | Asiático descendiente |
| 20 | Jibaro | 40 | Quechuas | 60 | Otro |

COMPONENTE DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA

1. RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD - ROP

a) DETECCIÓN DE RECIÉN NACIDO PREMATURO CON FACTORES DE RIESGO PARA ROP EN EL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

Definición Operacional: Conjunto de actividades y procedimientos orientados a la identificación del recién nacido prematuro que presenta factores de riesgo para desarrollar ROP, con el objetivo de solicitar oportunamente la interconsulta a la especialidad de oftalmología según cuadro de edad gestacional al nacer y primera evaluación de fondo de ojo. Está a cargo del médico neonatólogo y/o pediatra capacitado de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención categoría II-1, II-2, III-1 y III-2 que cuenten o no con servicio de oftalmología y/o UCIN.

Incluye las siguientes actividades:

- Evaluación de factores de riesgo para ROP directos y asociados (maternos y neonatales).
- Consulta ambulatoria II-III nivel de atención **(99203)**
- Evaluación y manejo inicial por día de un paciente hospitalizado (anamnesis completa y evaluación médica teniendo en cuenta factores de riesgo).
- Solicitar interconsulta a oftalmología según el cuadro adjunto hasta que el médico oftalmólogo indique que la retina se encuentre totalmente desarrollada: ¹

| Edad gestacional al nacer y primera evaluación de fondo de ojo edad gestacional al nacer (1era semana) | Primera semana de fondo de ojo | Edad gestacional al nacer (1era semana) | Primera semana de fondo de ojo |
|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|
| 24 | 31 SEGC | 31 | 35 SEGC |
| 25 | 31 SEGC | 32 | 35 SEGC |
| 26 | 31 SEGC | 33 | 35 SEGC |
| 27 | 31 SEGC | 34 | 35 SEGC |
| 28 | 32 SEGC | 35 | 35 SEGC |
| 29 | 33 SEGC | >35 y <37 | 1 semana de nacido o antes del alta |
| 30 | | | 34 SEGC |

*Semana Edad Gestacional Corregida (SEGC): La suma de semanas de gestación más las semanas de vida extrauterinas.

b) SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO CON FACTORES DE RIESGO PARA ROP (TAMIZAJE)

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados en el tamizaje especializado y seguimiento del recién nacido prematuro que presenta factores de riesgo para desarrollar ROP² a través de la consulta oftalmológica periódica, con la finalidad de identificar de manera precoz un posible caso de ROP y brindar tratamiento oportuno. Está a cargo del **médico oftalmólogo capacitado** de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención³ que cuenten con unidad de cuidado intermedio neonatal y/o unidad de cuidado intensivo neonatal.

Factores de riesgo de Retinopatía de la prematuridad:

- Recién nacido con < 37 semanas de edad gestacional.
- Recién nacido con peso < 2000 gramos.
- Recién nacido que recibe oxigenoterapia.
- Excepcionalmente el recién nacido con peso superior a 2000 gramos que requieran tratamiento con oxígeno medicinal suplementario (oxigenoterapia)
- Factores de riesgo asociados maternos y perinatales.

¹ RM N° 707-2010/MINSA: Norma Técnica de Salud de atención del Recién Nacido Pre termino con riesgo de Retinopatía del Prematuro.

² Recién nacido prematuro de igual o menor de 37 semanas de edad gestacional y/o con menos de 2000 gramos, prematuro que requiere suplemento de oxígeno medicinal suplementario (oxigenoterapia) y excepcionalmente recién nacido prematuro con peso superior a 2000 gramos que precisen tratamiento con oxigenoterapia en el Servicio de Neonatología.

³ RM N° 539-2006/MINSA: Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad.



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

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Retinopatía de la Prematuridad (**H351**)
- En la 2° fila, registre el procedimiento realizado:
 - Oftalmoscopia indirecta (**92226**) o
 - Retinografía (**92250**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, siempre marque **“P”** como diagnóstico presuntivo.
- En la 2° fila, siempre marque **“D”** por actividad o procedimiento realizado.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 2° fila, registre en la **columna 1 Valor Lab.** el número **“1”** que significa el primer contacto con el recién nacido y que sea **contabilizado como tamizaje especializado.**

| DÍA | D.N.I. HISTORIA CLÍNICA | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|----------------------------|-------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|---|---|-----------|----|----|------------------|
| | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ | | | | | | FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ___/___/___ | | | | | | | | |
| 13 | 24516842 | 1 | Piura | 24 | A | M | PC | PESO | N | N | 1.ROP | P | D | R | | | | H351 |
| | 945530 | | | | M | F | Pab | TALLA | | | 2. Oftalmoscopia indirecta | P | D | R | 1 | | | |
| | | 58 | | | | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | |

Para el seguimiento se toma en cuenta la misma forma de registro del ejemplo anterior, **sin considerar ningún número en el Valor Lab.**



En caso que el establecimiento de salud no cuente con capacidad resolutoria para realizar el tamizaje especializado/seguimiento, se realiza la referencia correspondiente a un establecimiento de mayor complejidad y se registra referencia **“RF”** en la **columna 1 de Valor Lab.**

| DÍA | D.N.I. HISTORIA CLÍNICA | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|----------------------------|-------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|---|---|-----------|----|----|------------------|
| | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ | | | | | | FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ÚLTIMA REGLA: ___/___/___ | | | | | | | | |
| 13 | 24516842 | 1 | Piura | 24 | A | M | PC | PESO | N | N | 1.ROP | P | D | R | RF | | | H351 |
| | 945530 | | | | M | F | Pab | TALLA | | | 2. Oftalmoscopia indirecta | P | D | R | | | | |
| | | 58 | | | | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | |

c) DIAGNÓSTICO DE RECIÉN NACIDO CON ROP

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados para el diagnóstico definitivo de ROP según normatividad vigente. Esta actividad está a cargo del médico oftalmólogo capacitado de los establecimientos de salud de categoría II y III nivel de atención en salud con capacidad resolutoria.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Retinopatía de la Prematuridad (**H351**)
- En la 2° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Oftalmoscopia indirecta (**92226**) o
 - Retinografía (**92250**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, marque **"D"** como diagnóstico definido.
- En la 2° fila, marque **"D"** por actividad o procedimiento realizado.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|--------------|--------------|----------------------------|----|--------------|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 78096842 | 1 | Piura | A | 20 | M | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | | | H351 |
| | 568216 | | | 58 | | | | F | | | Pab | TALLA | N | N | 2. Oftalmoscopia indirecta | P | D | R |
| | | | | | | Hb | R | | R | 3. | | P | D | R | | | | |



En caso que el establecimiento de salud no cuente con capacidad resolutive para realizar el diagnóstico se realiza la referencia correspondiente a un establecimiento de mayor complejidad y se registra la sigla **"RF"** en la columna 1 de Valor Lab. de acuerdo al modelo de referencia anterior.

Recuerda:

Si el establecimiento de salud no cuenta con la capacidad resolutive para realizar tratamiento de ROP, se podrá solicitar una teleinterconsulta mediante el servicio de telemedicina para la confirmación del estadio de ROP y determinación de tratamiento. Para ello se registra de la siguiente manera:

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|--------------|--------------|----------------------------|----|--------------|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 24516842 | 1 | Piura | A | 24 | M | PC | PESO | N | N | 1. ROP | P | D | R | | | | H351 |
| | 945530 | | | 58 | | | | F | | | Pab | TALLA | N | N | 2. Oftalmoscopia indirecta | P | D | R |
| | | | | | | Hb | R | | R | 3. Teleinterconsulta Asíncrona | | P | D | R | | | 99499.12 | |

d) TRATAMIENTO DE RECIÉN NACIDO CON ROP

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados para brindar el tratamiento especializado del recién nacido prematuro, con diagnóstico definitivo de ROP. Esta actividad está a cargo del médico oftalmólogo capacitado de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención de salud con capacidad resolutive.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el Diagnóstico:
 - Retinopatía de la prematuridad (**H351**)

- En la 2° fila, se registra el procedimiento que se realiza:
 - Tratamiento especializado con láser**
Destrucción de retinopatía extensa (67229)
 - Tratamiento especializado con antiangiogénico**
Inyección intravítrea de agente farmacológico antiangiogénico (67028)
 - Tratamiento especializado con láser más antiangiogénico**
Destrucción de retinopatía extensa (67229)
Inyección intravítrea de agente farmacológico antiangiogénico (67028)
 - Tratamiento especializado con vitrectomía posterior más endofotocoagulación**
Vitrectomía, mecánica, vía pars plana con endofotocoagulación (67043)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, marcar "R" como Diagnóstico repetitivo.
- En la 2° fila, marcar "D" por procedimiento que se realizó.

Ejemplo de registro para cada uno de los tratamientos señalados:

Tratamiento especializado con láser

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|-----------------------------------|----------------|-----------|---|---|------------------------------------|----|------|----|--|--|--|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | | 1º | 2º | 3º | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 79825442 | 1 | Huanta | 28 | A | PC | PESO | TALLA | Hb | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | | | H351 | | | | |
| | 568216 | | | | M | | | | | | | | F | Pab | R | R | 2. Destrucción retinopatía extensa | P | D | R | | | |
| | | 58 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tratamiento especializado con antiangiogénico

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|-----------------------------------|----------------|-----------|---|---|--------------------------|----|------|----|--|--|--|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | | 1º | 2º | 3º | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 7905522 | 1 | Huanta | 30 | A | PC | PESO | TALLA | Hb | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | | | H351 | | | | |
| | 115521 | | | | M | | | | | | | | F | Pab | R | R | 2. Inyección intravítrea | P | D | R | | | |
| | | 58 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tratamiento especializado con láser más antiangiogénico

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|-----------------------------------|----------------|-----------|---|---|------------------------------------|----|------|----|--|--|--|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | | 1º | 2º | 3º | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 79825442 | 1 | Huanta | 28 | A | PC | PESO | TALLA | Hb | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | | | H351 | | | | |
| | 568216 | | | | M | | | | | | | | F | Pab | R | R | 2. Destrucción retinopatía extensa | P | D | R | | | |
| | | 58 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



En caso que el establecimiento de salud no cuente con capacidad resolutive para realizar el tratamiento, se realiza la referencia correspondiente a un establecimiento de salud de mayor complejidad y se registra la referencia con la sigla "RF" en la columna 1 de Valor Lab.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|---------|--------------------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___ | | | | | | | | |
| 13 | 24516842 | 1 | Piura | 24 | M | PC | PESO | N | N | 1.ROP | P | D | R | RF | | | H351 |
| | 945530 | 58 | | | F | Pab | TALLA | C | C | 2. Oftalmoscopia indirecta | P | D | R | | | | 92226 |
| | | | | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

e) CONTROL POST OPERATORIO DE RECIÉN NACIDOS CON ROP

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados en el control y seguimiento de los recién nacidos prematuros con ROP tratados quirúrgicamente, a cargo del **médico oftalmólogo capacitado** en tratamiento láser o inyecciones intravítreas o vitrectomía para ROP. Se realiza en los establecimientos del II y III nivel de atención de salud con capacidad resolutive.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1º fila, se registra el diagnóstico:
 - Retinopatía de la prematuridad (**H351**)
- En la 2º fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Cuidados posteriores a la cirugía, no especificado (**Z489**)
- En la 3º fila, se registra la actividad o procedimiento realizado:
 - Consejería en salud ocular (**99401.16**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1º fila, se marca "R" como Diagnostico repetitivo.
- En la 2º y 3º fila, se marca "D" por procedimiento que se realizó.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|---------|--------------------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___ | | | | | | | | |
| 13 | 79259982 | 1 | Lima | 29 | M | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | | | H351 |
| | 75841 | 58 | | | F | Pab | TALLA | C | C | 2. Cuidado posterior a la cirugía, no especificado | P | D | R | | | | Z489 |
| | | | | | | | Hb | R | R | 3. Consejería en salud ocular | P | D | R | | | | 99401.16 |

f) COMPLICACIONES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO DE ROP

- Errores de refracción secundario al tratamiento de ROP**

Es el registro de actividades y/o procedimientos de la atención de un error de refracción diagnosticado en el niño post operado de ROP, es realizado por el **médico oftalmólogo** del establecimiento de salud con capacidad resolutive.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Retinopatía de la prematuridad (**H351**)
- En la 2° fila, se registra el diagnóstico de la complicación del tratamiento:
 - Considerar los tipos de ametropías:
 - Hipermetropía (**H520**)
 - Miopía (**H521**)
 - Astigmatismo (**H522**)
 - Anisometropía (**H523**)
 - Ambliopía (**H530**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **"R"** de repetitivo ya que el paciente fue diagnosticado anteriormente.
- En la 2° fila, se marca **"D"** donde se registra el diagnóstico de la complicación del tratamiento.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 79226548 | 1 | Lima | A | 29 | M | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | | | H351 |
| | 658652 | | | F | | | | Pab | TALLA | | | | | | | | | |
| | 58 | | | | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

- **Nistagmo secundario al tratamiento de ROP**

Es el registro de actividades y/o procedimientos de la atención de un nistagmo diagnosticado en el niño post operado de ROP, es realizado por el médico oftalmólogo entrenado en estrabismo del establecimiento de salud del II y III nivel de atención con capacidad resolutive.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Retinopatía de la prematuridad (**H351**)
- En la 2° fila, se registra el diagnóstico de la complicación del tratamiento:
 - Nistagmo (**H55X**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **"R"** de repetitivo ya que el paciente fue diagnosticado anteriormente.
- En la 2° fila, se marca **"D"** donde se registra el diagnóstico de la complicación del tratamiento.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 79226548 | 1 | Lima | A | 29 | M | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | | | H351 |
| | 658652 | | | F | | | | Pab | TALLA | | | | | | | | | |
| | 58 | | | | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

Estrabismo secundario al tratamiento de ROP

Es el registro de actividades y/o procedimientos de la atención de un estrabismo diagnosticado en el niño post operado de ROP, es realizado por el médico oftalmólogo entrenado en estrabismo del establecimiento de salud del II y III nivel de atención con capacidad resolutive.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Retinopatía de la prematuridad (H351)
- En la 2° fila, se registra el diagnóstico de la complicación del tratamiento:
 - Otros estrabismos paralíticos (H498)
 - Estrabismo paralítico, no especificado (H499)
 - Estrabismo concomitante convergente (H500)
 - Estrabismo concomitante divergente (H501)
 - Estrabismo vertical (H502)
 - Estrabismo mecánico (H506)
 - Otros estrabismos especificados (H508)
 - Estrabismo, no especificado (H509)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca "R" de repetitivo ya que el paciente fue diagnosticado anteriormente.
- En la 2° fila, se marca "D" donde se registra el diagnóstico de la complicación del tratamiento.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|---------|---|------|-------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|-------|----------------|-----------|---|---|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 78782825 | 1 | Lima | 29 | A | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | | | H351 |
| | M | | | | TALLA | | | | | | | | | | | | |
| | 85452 | 58 | | | F | Pab | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

Glaucoma secundario al tratamiento de ROP

Es el registro de actividades y/o procedimientos de la atención de un glaucoma diagnosticado en el niño post operado de ROP, es realizado por el médico oftalmólogo entrenado en glaucoma del establecimiento de salud del II y III nivel de atención con capacidad resolutive.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Retinopatía de la prematuridad (H351)
- En la 2° fila, se registra el diagnóstico de la complicación del tratamiento:
 - Sospecha de glaucoma (H400)
 - Glaucoma primario de ángulo abierto (H401)
 - Glaucoma primario de ángulo cerrado (H402)
 - Glaucoma secundario a otros trastornos del Ojo (H405)
 - Glaucoma secundario a drogas (H406)
 - Otros glaucomas (H408)
 - Glaucoma, no especificado (H409)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca "R" de repetitivo ya que el paciente fue diagnosticado anteriormente.
- En la 2° fila, se marca "D" donde se registra el diagnóstico de la complicación del tratamiento.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTA- BLEC | SER- VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|---------------------------------------|---------|---|---|------|--------------------------------|---------------------------------------|------------|---|---|-----------------------------------|-----|-------|-----------------|----|------------------------|------------------|----|
| | HISTORIA CLÍNICA GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | P | D | R | 1º | 2º | | 3º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ REGLA: ____/____/____ | | | | | FECHA DE ULTIMA | | | | |
| 13 | 78782825 | 1 | Lima | 9 | A | M | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | X | | | H351 | |
| | 85452 | | | | 58 | | | | | | F | Pab | TALLA | X | X | 2. Glaucoma por drogas | P | D |
| | | Hb | R | | | R | 3. | | | | | | P | D | R | | | |

- **Catarata secundaria al tratamiento de ROP**

Es el registro de actividades y/o procedimientos de la atención de una catarata diagnosticada en el niño post operado de ROP, es realizado por el médico oftalmólogo entrenado en el tratamiento médico - quirúrgico de catarata pediátrica del establecimiento de salud del II y III nivel de atención con capacidad resolutive.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1º fila, se registra el diagnóstico:
 - Retinopatía de la prematuridad (**H351**)
- En la 2º fila, se registra el diagnóstico de la complicación del tratamiento:
 - Catarata infantil (**H260**)
 - Catarata inducida por drogas (**H263**)
 - Catarata residual (**H264**)
 - Otras formas especificadas de catarata (**H268**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1º fila, se marca "R" de repetitivo ya que el paciente fue diagnosticado anteriormente.
- En la 2º fila, se marca "D" donde se registra el diagnóstico de la complicación del tratamiento.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTA- BLEC | SER- VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|---------------------------------------|---------|---|---|------|--------------------------------|---------------------------------------|------------|---|---|-----------------------------------|-----|-------|-----------------|----|----------------------|------------------|----|
| | HISTORIA CLÍNICA GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | P | D | R | 1º | 2º | | 3º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ REGLA: ____/____/____ | | | | | FECHA DE ULTIMA | | | | |
| 13 | 79225255 | 1 | Lima | 8 | A | M | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | X | | | H351 | |
| | 25615 | | | | 58 | | | | | | F | Pab | TALLA | X | X | 2. Catarata infantil | P | D |
| | | Hb | R | | | R | 3. | | | | | | P | D | R | | | |

- **Rehabilitación visual de ceguera y baja visión secundaria a ROP**

Es el registro de actividades y/o procedimientos de la atención de una ceguera y baja visión diagnosticada en el niño post operado de ROP, es realizado por el médico oftalmólogo entrenado en ceguera y baja visión y/o tecnólogo medico en optometría en bajo supervisión del médico oftalmólogo del establecimiento de salud del II y III nivel de atención con capacidad resolutive.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de Salud.**

- En la 1º fila, se registra el diagnóstico:
 - Retinopatía de la prematuridad (**H351**)
- En la 2º fila, se registra el diagnóstico de la complicación del tratamiento:
 - Estudio de baja visión (**92061**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca “R” de repetitivo ya que el paciente fue diagnosticado anteriormente.
- En la 2° fila, se marca “D” donde se registra el Diagnóstico de la complicación del tratamiento.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|-----------------------------------|-------|---|-----------|---|----|------------------|-------|----|--|--|--|--|--|--|--|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 78782825 | 1 | Lima | 1 | A | PC | | | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | | | H351 | | | | | | | | |
| | M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | F | | | | Pab | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 85452 | | | | D | | | | | | 2. Estudio de baja visión | P | D | R | | | | 92061 | | | | | | | | |
| | | 58 | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | | | | | | | | | | | |



Recuerda: De existir más de una complicación, registrar en el HIS las complicaciones encontradas en las filas de manera consecutiva.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|-----------------------------------|-------|---|-----------|---|----|------------------|------|----|--|--|--|--|--|--|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 79226548 | 1 | Lima | 29 | A | PC | | | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | | | H351 | | | | | | | |
| | M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | F | | | | Pab | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 658652 | | | | | | | | | | 2. Miopía | P | D | R | | | | H521 | | | | | | | |
| | | 58 | | | | | | | | | 3. Nistagmo | P | D | R | | | | H55X | | | | | | | |

2. ATENCIÓN DE SALUD OCULAR EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS

a) TAMIZAJE DE ALTERACIONES OCULARES

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados como parte del Control de Crecimiento y Desarrollo con un enfoque de atención integral, con la finalidad de realizar la evaluación visual de niños menores de 03 años (2 años, 11 meses y 29 días). Esta actividad está a cargo de la **licenciada en enfermería** capacitada de los establecimientos de salud del I y II nivel de atención de salud con población asignada. A continuación, se detalla los exámenes a realizar según edad del niño:

| Edad | Reflejo Rojo | Inspección externa | Fijación Monocular | Evaluación del Seguimiento |
|-------------------|--------------|--------------------|--------------------|----------------------------|
| Recién Nacido | X | X | | |
| 02 meses | X | X | X | |
| 06 meses | X | X | X | X |
| 1 año (12 meses) | X | X | X | X |
| 2 años (24 meses) | X | X | X | X |
| 3 años (36 meses) | X | X | X | X |

Fuente: CSOPC 2024

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 2° fila, se registra el procedimiento que se realizó:
 - Atención integral de salud del niño-CRED menor de 1 año (**99381**)
 - Atención integral de salud del niño-CRED de 1 a 4 años (**99382**)
- En la 1° fila, se registra el diagnóstico identificado:
 - Examen de los Ojos y de la Visión (**2010**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° y 2° fila, marque **“D”** por diagnóstico o actividad realizada.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 2° fila, **columna 1** registre el resultado del examen de los ojos y de la visión: **normal** con la sigla **“N”** o **anormal** con la sigla **“A”**, según corresponda.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|--|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|----|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | |
| 13 | 79289122 | 1 | Lima | 3 | A | M | PC | PESO | N | N | 1. Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año | P | D | R | | | | 99381 | |
| | 892412 | | | | 58 | | | F | | | | Pab | TALLA | | | | | | |
| | | | | | | D | | | | Hb | | | R | R | 3. | P | D | R | |

b) EVALUACIÓN DE SOSPECHA DE ALTERACIONES OCULARES

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados como parte de la atención integral a niños menores de 03 años de edad (2 años, 11 meses y 29 días), está a cargo del **médico cirujano capacitado y/o tecnólogo médico en optometría** de los establecimientos de salud del primer nivel de atención I (I-3, I-4) y II nivel de atención de salud con población asignada; con la finalidad de realizar la evaluación visual mediante el examen del reflejo rojo, inspección externa de ojos, fijación monocular y evaluación del seguimiento acorde a la edad del niño.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Trastornos del ojo y sus anexos (**H579**)
- En la 2° fila, se registra el procedimiento:
 - Examen de los ojos y de la visión (**Z010**)
- En la 3° fila, se registra la actividad:
 - Consejería de salud ocular (**99401.16**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **“P”** cuando el diagnóstico es por primera vez y **“R”** cuando es repetitivo.
- En la 2° y 3° fila, se marca **“D”** por procedimiento y actividad realizado.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.** registrar:

- En la 1° fila, **columna 1** se registra **“RF”** cuando realiza referencia según corresponda a establecimiento de salud de mayor complejidad.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|----------------|-------------------------------|-----------|---|----|------------------|------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | |
| 13 | 77521458 | 1 | Lima | 2 | | M | PC | PESO | N | N | 1. Trastorno del ojo y sus anexos | | D | R | RF | | | | H579 |
| | 356236 | | | | 58 | | | Pab | | | | TALLA | | | | | | | |
| | | | | | | D | | | | Hb | | R | R | 3. Consejería en salud ocular | P | D | R | | |

3. ERRORES DE REFRACCIÓN - ER

a) TAMIZAJE DE ER

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados para examinar los ojos y determinar la Agudeza Visual - AV, con el objetivo de detectar a niños de 3 a 11 años con disminución de AV menor o igual a 20/50 (20/70,20/100,20/200, 20/400, PL y NPL). Esta actividad es realizada una vez al año, por **personal de salud capacitado (licenciada en enfermería, tecnólogo médico en optometría o técnico asistencial de salud)** y se brinda en establecimientos de salud del I y II nivel de atención de salud con población asignada o en las Instituciones Educativas previa coordinación.



Recuerda: A mayor denominador, menor es la agudeza visual. Ej. un valor de AV=20/100 representa una menor agudeza visual a comparación que un valor de AV=20/30.

I. Si no presenta disminución de AV

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra la actividad de salud:
 - Examen de los Ojos y de la Visión (**Z010**)
- En la 2° fila, se registra la actividad de salud:
 - Determinación de la agudeza visual (**99173**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° y 2° fila, se marca **“D”** por procedimiento o actividad realizada.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 1° fila, **columna 1** se registra **“N”**, si el resultado es normal.
- En la 2° fila, **columna 1** se registra el resultado de la AV del **OD** (denominador de la fracción) y en la siguiente **columna 2** el resultado del **OI** (denominador de la fracción).

AV 20/20 registrar: **20** AV 20/40 registrar: **40** AV 20/100 registrar: **100** Percepción Luminosa (PL) o No Percepción Luminosa (NPL) deberá considerar: AV 20/800 registrar: **800**
 AV 20/25 registrar: **25** AV 20/50 registrar: **50** AV 20/200 registrar: **200**
 AV 20/30 registrar: **30** AV 20/70 registrar: **70** AV 20/400 registrar: **400**

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTA - BLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|---------|-------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------|--|---|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | |
| 13 | 78782825 | 1 | Belen | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PESO | | N | N | 1. Examen de los ojos y de la visión | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | N | | | Z010 |
| | 85452 | | | | M | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Determinación de la agudeza visual | P |
| | | 58 | F | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Hb | | R | R | 3. | P | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |

II. Si presenta disminución de AV

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra la actividad de salud:
 - Examen de los Ojos y de la Visión (**Z010**)

- En la 2° fila, se registra la actividad de salud:
 - Determinación de la agudeza visual (**99173**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico**.

- En la 1° y 2° fila, se marca “D” por procedimiento o actividad realizada.

Registrar en el ítem: **Valor Lab**.

- En la 1° fila, en la **columna 1** se registra “A”, si el resultado es anormal y “N” si el resultado es normal.
- En la 2° fila, en la **columna 1** se registra el resultado de la agudeza visual del **OD** (denominador de la fracción) y en la siguiente **columna 2** el resultado del **OI** (denominador de la fracción), según corresponda.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN 55 HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------|-----------|--|---|---------------------|---|----|-----------|-------|------|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | ETNIA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 78782825 | 1 | Lurin | 8 | M | PC | PESO | N | N | 1. Examen de los ojos y de la visión | P | D | R | A | | | 2010 | |
| | 85452 | | | | | | TALLA | | | 2. Determinación de la agudeza visual | P | D | R | 50 | 200 | 99173 | | |
| | 58 | | | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | | |



En caso de que el establecimiento de salud no cuente con profesional de la salud, la actividad de **determinación de la agudeza visual (99173)** lo realiza el técnico asistencial de salud capacitado.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN 55 HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------|-----------|--|---|---------------------|---|----|-----------|-------|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | ETNIA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 78782825 | 1 | Lurin | 8 | M | PC | PESO | N | N | 1. Determinación de la agudeza visual | P | D | R | 50 | 200 | 99173 | | |
| | 85452 | | | | | | TALLA | | | 2. | P | D | R | | | | | |
| | 58 | | | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | | |

b) EVALUACIÓN DE SOSPECHA DE ER

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados con la finalidad de confirmar la disminución de la AV menor o igual 20/50 (20/70,20/100,20/200, 20/400, PL, NPL) en niños de 3 a 11 años previamente detectados en el tamizaje, y referir a establecimientos de salud con capacidad resolutive. Está a cargo del **médico cirujano capacitado y/o tecnólogo médico en optometría** de los establecimientos de salud del primer nivel de atención I (I-3, I-4) y II nivel de atención de salud con población asignada. Incluye consejería.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud**.

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Trastorno de la Refracción, no Especificado - Ametropía (**H527**)
- En la 2° fila, se registra la actividad de salud que se realizó:
 - Determinación de la agudeza visual (**99173**)

- En la 3° fila, se registra la actividad de salud realizada que se realizó:
 - Consejería en salud ocular (99401.16)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca "P" por procedimiento o actividad realizada.
- En la 2° y 3° fila, se marca "D" por procedimiento o actividad realizada.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 1° fila, **columna 1** se registra "RF" cuando realiza referencia a establecimiento de salud de mayor complejidad.
- En la 2° fila, en la **columna 1** se registra el resultado de la agudeza visual del **OD** (denominador de la fracción) y en la siguiente **columna 2** el resultado del **OI** (denominador de la fracción), según corresponda.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|--|---|---|-----------|----|----|------------------|------|----|-----|---|-----|---|---|---------------------------------------|---|---|---|----|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | | | | | | | | | |
| | ETNIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 72565845 | 1 | Huari | 9 | M | PC | PESO | TALLA | Hb | N | N | 1. Trastorno de la Refracción, no Especificado | P | D | R | RF | | | H527 | | | | | | | | | | | |
| | 65524 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 58 | Pab | M | Pab | R | R | 2. Determinación de la agudeza visual | P | D | R | 70 |
| | | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

c) DIAGNÓSTICO DE ER

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados en niños de 3 a 11 años de edad que son referidos con diagnóstico presuntivo de un ER para su confirmación. El diagnóstico **definitivo** está a cargo del **médico oftalmólogo** en base a los resultados obtenidos de la refracción realizada por él mismo o en coordinación con el tecnólogo médico en optometría y/o de requerirse el apoyo de una licenciada de enfermería capacitada; se realiza en establecimientos de salud del I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud con capacidad resolutive.

Actividad realizada por licenciada en enfermería y/o tecnólogo médico en optometría:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Determinación de la agudeza visual (99173) o
 - Administración de tratamiento (Aplicación de gotas o ungüentos) (99199.11)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° o 2° fila, se marca "D" de definitivo

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|--|---|---|-----------|----|----|------------------|----------|----|-----|---|-----|---|---|----|---|---|---|--|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | | | | | | | | | |
| | ETNIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 65558521 | 1 | Ocoña | 6 | M | PC | PESO | TALLA | Hb | N | N | 1. Administración de tratamiento (Aplicación de gotas o ungüentos) | P | D | R | | | | 99199.11 | | | | | | | | | | | |
| | 563256 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 58 | Pab | M | Pab | R | R | 2. | P | D | R | |
| | | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Actividad realizada por el médico oftalmólogo y/o en coordinación con el tecnólogo médico en optometría:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Miopía (**H521**)
 - Hipermetropía (**H520**)
 - Astigmatismo (**H522**)
 - Anisometropía (**H523**)
- En la 2° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Refracción y medición de la visión con cicloplejia (Refracción ciclopléjica) (**92016**)
 - Determinación de estado refractivo (Refracción subjetiva) (**92015**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca “**D**” cuando el Diagnóstico es definitivo y “**R**” cuando el Diagnóstico es repetido.
- En la 2° fila, se marca “**D**” por procedimiento o actividad realizada.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|---|------|--------------------------------|---------------------------------------|---|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGULA: ____/____/____ | | | | | | | | | |
| 13 | 65558521 | | 1 | Ocoña | 6 | M | PC | | N | N | 1. Miopía | P | D | R | | | | H521 |
| | 563256 | | 58 | | | F | Pab | | | | 2. Refracción ciclopléjica | P | D | R | | | | 92016 |
| | | | | | | D | | | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

d) TRATAMIENTO DE ER

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados en el tratamiento de un ER (**entrega de lentes correctores**) a los niños de 3 a 11 años, según prescripción del médico oftalmólogo y/o en coordinación con el tecnólogo médico en optometría de los establecimientos de salud del I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud. Esta actividad es realizada una vez al año y la entrega lo realiza el **profesional de la salud capacitado**. Incluye consejería.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Hipermetropía (**H520**)
 - Miopía (**H521**)
 - Astigmatismo (**H522**)
 - Anisometropía (**H523**)
- En la 2° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Provisión de anteojos (**92390**)
- En la 3° fila, se registra la actividad de salud:
 - Consejería en salud ocular (**99401.16**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca “**R**” por ser un paciente que ya ha sido diagnosticado.
- En la 2° y 3° fila, se marca “**D**” por procedimiento o actividad realizada.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | |
|-------------------------------|------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|-------|----------------|-----------|---|--------------------------|------------------|----|----|----|--|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | | 1º | 2º | 3º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 76525652 | 1 | Lurin | 8 | A | M | PC | PESO | N | N | 1. Miopia | P | D | R | | | H521 | | | | |
| | M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25526 | 58 | Pab | | D | | | | | | | TALLA | | | | 2. Provisión de anteojos | P | D | R | | |
| | | | | | | | Hb | R | R | 3. Consejería en salud ocular | P | D | R | | | 99401.16 | | | | | |

e) CONTROL DE ER

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados en niños de 3 a 11 años que inició tratamiento de ER, con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento (verificación de uso de lentes correctores) y determinar la mejoría de la agudeza visual con su mejor corrección (con lentes correctores). Este procedimiento es realizado por el **médico oftalmólogo, tecnólogo médico en optometría, médico cirujano y/o licenciada en enfermería capacitados** de los establecimientos de salud del I, II y III nivel de atención de salud. Se realizan dos controles: Primer control a los 3 meses y el segundo a los 6 meses, a partir de la entrega de los lentes correctores. Incluye consejería.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1º fila, se registra el diagnóstico:
 - Prueba y ajuste de anteojos (**Z460**)
- En la 2º fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Determinación de la agudeza visual (**99173**)
- En la 3º fila, se registra la actividad realizada:
 - Consejería en salud ocular (**99401.16**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1º fila, se marca "D" cuando es el primer control y "R" cuando es su segundo control.
- En la 2º fila, se marca "D" por ser un procedimiento.
- En la 3º fila, se marca "D" por actividad.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 2º fila, **columna 1** se registra el resultado de la evaluación del **OD** y en la **columna 2** se registra el resultado del **OI**, usando las nomenclaturas ya mencionadas de agudeza visual.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | |
|-------------------------------|------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|--------------------------------|-------|----------------|-----------|---|---------------------------------------|------------------|----|----|----|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | | 1º | 2º | 3º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | |
| 13 | 76525652 | 1 | Lurin | 8 | X | M | PC | PESO | N | N | 1. Prueba y ajuste de anteojos | P | D | R | | | Z460 | | | |
| | M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25526 | 58 | Pab | | D | | | | | | | TALLA | | | | 2. Determinación de la agudeza visual | P | D | R | 25 |
| | | | | | | | Hb | R | R | 3. Consejería en salud ocular | P | D | R | | | 99401.16 | | | | |

4. GLAUCOMA

a) TAMIZAJE DE GLAUCOMA

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados para identificar factores de riesgo para glaucoma (persona de 40 años a más de edad, antecedentes familiares de primer grado con Diagnóstico de glaucoma y presión intraocular - PIO elevada). Con dos o más factores de riesgo identificados, se deriva para evaluación por médico cirujano capacitado. Este procedimiento es realizado por el **profesional de salud capacitado**

(médico cirujano, licenciada en enfermería y/o tecnólogo médico en optometría) de los establecimientos de salud del I y II nivel de atención de salud con población asignada.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Determinación de la presión intraocular bilateral (**92100**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico:**

- En la 1° fila, se registra “D” por procedimiento realizado.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 1° fila, **columna 1** se registra el resultado de la determinación de la “PIO” del **OD** y en la **columna 2** se registra el resultado del **OI**, según corresponda, ejemplo: OD=12 mmHg, OI= 25 mmHg.

N: Normal = 10-21 mmHg
A: Anormal = >21 mmHg

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|---------|---|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 15235482 | 1 | Breña | 49 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | N | N | 1. Determinación de la presión intraocular | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 12 | 25 | 92100 |
| | 26545 | | | | M | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | P | D | R | | |
| | | 58 | F | | Pab | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| | | | | D | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

b) EVALUACIÓN DE SOSPECHA DE GLAUCOMA

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados para confirmar la presencia de dos o más factores de riesgo para glaucoma en personas de 40 años a más, estableciendo el diagnóstico **presuntivo** para su posterior referencia. Es realizado por el **médico cirujano capacitado y/o tecnólogo médico en optometría** de los establecimientos de salud del I (I-3, I-4) y II nivel de atención de salud con población asignada.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Sospecha se glaucoma (**H400**)
- En la 2° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Determinación de la presión intraocular (**92100**)
- En la 3° fila, se registra la actividad realizada:
 - Consejería en salud ocular (**99401.16**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca “P” cuando es diagnóstico presuntivo.
- En la 2° y 3° fila, se marca “D” por procedimiento o actividad realizada.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 2° fila, **columna 1.** se registra el resultado de la determinación de la “PIO” del **OD** y en la **columna 2** el resultado del **OI**, según corresponda.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|-------------------------------------|--|---|-------------------------------------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | ETNIA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 15268141 | 1 | Ferreñafe | 51 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | | N | N | 1. Sospecha de glaucoma | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | | | H400 |
| | 26545 | | | | M | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Determinación de la presión intraocular | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 25 | 15 |
| | | | 58 | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. Consejería en salud ocular | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | |



Si el EESS no cuenta con tonómetro y/o insumos para la toma de la PIO, el médico cirujano tomará en cuenta los factores de riesgo (persona de 40 años a más de edad y antecedentes familiares de primer grado con diagnóstico de glaucoma) para realizar el diagnóstico presuntivo y la **referencia** correspondiente.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | ETNIA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 15268141 | 1 | Ferreñafe | 51 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | | N | N | 1. Sospecha de glaucoma | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | RF | | H400 |
| | 26545 | | | | M | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Consejería en salud ocular | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | |
| | | | 58 | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | |

c) DIAGNÓSTICO DE GLAUCOMA

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados a la persona de 40 años a más que son referidos con diagnóstico presuntivo de sospecha de glaucoma. El diagnóstico **definitivo** está a cargo del **médico oftalmólogo** en base a los resultados obtenidos de los exámenes realizados por él mismo o en coordinación con el tecnólogo médico en optometría y/o de requerirse el apoyo de una licenciada de enfermería capacitada. Se realiza en los establecimientos de salud del I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud con capacidad resolutive.

Actividad realizada por licenciada en enfermería y/o tecnólogo médico en optometría:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1º fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Administración de tratamiento (Aplicación de gotas o ungüentos) **(99199.11)**

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1º o 2º fila, se marca "D" de definitivo

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|--|----|-------------------------------------|-----------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | ETNIA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 65558521 | 1 | Ocoña | 46 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | | N | N | 1. Administración de tratamiento (Aplicación de gotas o ungüentos) | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | 99199.11 |
| | 563256 | | | | M | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. | P | D | R | | |
| | | | 58 | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

Actividad realizada por médico oftalmólogo y/o tecnólogo médico en optometría:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Campimetría **(92083)**
 - Tomografías de coherencia óptica - OCT **(92133)**
 - Angiografía con fluoresceína - Angiofluoresceinografía **(92235)**
 - Fotografía de la retina - Retinografía **(92250)**
 - Paquimetría **(92284)**

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **“D”** por procedimiento realizado.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|-------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | |
| 13 | 15268141 | 1 | Ferreñafe | 51 | M | PC | PESO | TALLA | Hb | N | N | 1. Campimetría | P | D | R | | | 92083 |
| | 26545 | | | | F | Pab | | | | | | | P | D | R | | | |
| | | 58 | D | | | | | | | | | | | R | R | 3. | P | |

Actividad realizada por el médico oftalmólogo:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Sospecha de glaucoma **(H400)**
 - Glaucoma primario de ángulo abierto **(H401)**
 - Glaucoma primario de ángulo cerrado **(H402)**
 - Glaucoma secundario a traumatismo ocular **(H403)**
 - Glaucoma secundario a inflamación ocular **(H404)**
 - Glaucoma secundario a otros trastornos del ojo **(H405)**
 - Glaucoma secundario a fármacos **(H406)**
 - Otros glaucomas **(H408)**
 - Glaucoma no especificado **(H409)**
 - Glaucoma congénito **(Q150)**
- En la 2° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Determinación de la presión intraocular **(92100)**
 - Gonioscopia **(92020)** o
 - Oftalmoscopia indirecta **(92226)** o
 - Microscopia binocular **(92504)**
 - Entre otros procedimientos

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **“D”** cuando es diagnóstico por primera vez y **“R”** cuando el paciente ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- En la 2° fila, se marca **“D”** por procedimiento o actividad realizada.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 2° fila, **columna 1** se registra el resultado de la determinación de la **“PIO”** del **OD** y en la **columna 2** se registra el resultado del **OI**, según corresponda.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|----------------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|--|---|---|-----------|----|-----|------------------|------|---|----|----|-------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | | |
| | | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 16625826 | 1 | Cusco | 49 | M | PC | PESO | TALLA | Hb | N | N | 1. Glaucoma primario de ángulo cerrado | P | D | R | | | | H402 | | | | |
| | 522456 | | | | | | | | | | | | | | | 58 | Pab | M | D | R | 16 | 23 | 92100 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | | | | | | | |



En caso que el establecimiento de salud no cuente con capacidad resolutoria para determinar el de tipo de Glaucoma, se realiza la referencia correspondiente a un establecimiento de mayor complejidad y se registra la sigla "RF" en la columna 1 de Valor Lab. de acuerdo al siguiente modelo.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|----------------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|-------------------------|---|---|-----------|----|-----|------------------|------|---|----|----|-------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | | |
| | | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 16625826 | 1 | Cusco | 49 | M | PC | PESO | TALLA | Hb | N | N | 1. Sospecha de Glaucoma | P | D | R | RF | | | H400 | | | | |
| | 522456 | | | | | | | | | | | | | | | 58 | Pab | M | D | R | 22 | 22 | 92100 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | | | | | | | |

d) TRATAMIENTO DE GLAUCOMA

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos orientados a brindar tratamiento farmacológico, láser o quirúrgico a la persona de 40 años a más con diagnóstico **definitivo** de glaucoma. Está a cargo del **médico oftalmólogo** capacitado de los establecimientos de salud I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud con capacidad resolutoria.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Sospecha de glaucoma (**H400**)
 - Glaucoma primario de ángulo abierto (**H401**)
 - Glaucoma primario de ángulo cerrado (**H402**)
 - Glaucoma secundario a traumatismo ocular (**H403**)
 - Glaucoma secundario a inflamación ocular (**H404**)
 - Glaucoma secundario a otros trastornos del ojo (**H405**)
 - Glaucoma secundario a fármacos (**H406**)
 - Otros glaucomas (**H408**)
 - Glaucoma no especificado (**H409**)
 - Glaucoma congénito (**Q150**)
- En la 2° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Tratamiento farmacológico:**
 - Administración de tratamiento (**99199.11**)
 - Tratamiento láser:**
 - Iridotomía láser (**66761**)
 - Iridoplastia láser (**66762**)
 - Trabeculoplastia (**65855**)

- **Tratamiento quirúrgico – cirugía filtrante:**
 - o Trabeculotomía ab externo (65850)
 - o Trabeculectomía (66170)
 - o Goniotomía (65820)
 - o Drenaje acuoso a reservorio extraocular (66180)

- **Tratamiento quirúrgico – ciclodestructivo:**
 - o Ciclocrioterapia (66720)
 - o Ciclofotocoagulación vía transescleral (66710)
 - o Endociclofotocoagulación vía transendoscópica (66711)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca “R” cuando el paciente ya ha sido diagnosticado
- En la 2° fila, se marca “D” por procedimiento o actividad realizada.

- **Tratamiento farmacológico**

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|---|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | ETNIA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 15235482 | 1 | Lima | 42 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | N | N | 1. Glaucoma primario de ángulo cerrado | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | H402 |
| | 26545 | | | | M | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Administración de tratamiento | P | D | R |
| | | 58 | F | | Pab | D | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | |

- **Tratamiento láser**

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|---|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | ETNIA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 15235482 | 1 | Lima | 52 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | N | N | 1. Glaucoma primario de ángulo cerrado | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | H402 |
| | 26545 | | | | M | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Iridotomía láser | P | D | R |
| | | 58 | F | | Pab | D | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | |

- **Tratamiento quirúrgico – cirugía filtrante**

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|---|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | ETNIA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 15235482 | 1 | Lima | 52 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | N | N | 1. Glaucoma primario de ángulo cerrado | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | H402 |
| | 26545 | | | | M | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Trabeculectomía | P | D | R |
| | | 58 | F | | Pab | D | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | |

e) CONTROL DE GLAUCOMA

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos orientados a la evaluación integral oftalmológica, adherencia al tratamiento y evolución de la enfermedad de la persona con diagnóstico de glaucoma que inició tratamiento indicado por el **médico oftalmólogo** en establecimientos de salud del I (I-3, I-4), II y III nivel

de atención de salud con capacidad resolutive. El número de controles dependerá del tipo de tratamiento instaurado.

- **Control Farmacológico**

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra la actividad realizada:
 - Sospecha de glaucoma (**H400**)
 - Glaucoma primario de ángulo abierto (**H401**)
 - Glaucoma primario de ángulo cerrado (**H402**)
 - Glaucoma secundario a traumatismo ocular (**H403**)
 - Glaucoma secundario a inflamación ocular (**H404**)
 - Glaucoma secundario a otros trastornos del ojo (**H405**)
 - Glaucoma secundario a fármacos (**H406**)
 - Otros glaucomas (**H408**)
 - Glaucoma no especificado (**H409**)
 - Glaucoma congénito (**Q150**)
- En la 2° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Administración de tratamiento (**99199.11**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **“R”** para los controles.
- En la 2° fila, se marca **“D”** por procedimiento o actividad realizada.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 2° fila, **columna 1** se registra **“C”** por ser control farmacológico.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|-------|----------------|-----------|---|---|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 15235482 | 1 | Lima | 42 | A | PC | PESO | N | N | 1. Glaucoma primario de ángulo cerrado | P | D | R | | | | H402 |
| | 26545 | | | | M | | TALLA | C | C | 2. Administración de tratamiento | P | D | R | C | | | |
| | | | 58 | | | F | Pab | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | |

- **Control Postquirúrgico**

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra la actividad realizada:
 - Sospecha de glaucoma (**H400**)
 - Glaucoma primario de ángulo abierto (**H401**)
 - Glaucoma primario de ángulo cerrado (**H402**)
 - Glaucoma secundario a traumatismo ocular (**H403**)
 - Glaucoma secundario a inflamación ocular (**H404**)
 - Glaucoma secundario a otros trastornos del ojo (**H405**)
 - Glaucoma secundario a fármacos (**H406**)
 - Otros glaucomas (**H408**)
 - Glaucoma no especificado (**H409**)
 - Glaucoma congénito (**Q150**)
- En la 2° fila, se registra la actividad realizada:
 - Cuidado posterior a la cirugía (**Z489**)

- En la 3° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Determinación de la presión intraocular (Tonometría) **(92100)** o
 - Gonioscopía **(92020)** o
 - Oftalmoscopia Indirecta **(92226)**
 - Microscopía binocular **(92504)**
 - Entre otros procedimientos

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **“R”** para controles
- En la 2° y 3° fila, se marca **“D”** por procedimiento o actividad realizada.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 3° fila, **columna 1** se registra el resultado de la evaluación de la **“PIO”** del **OD** y **columna 2** se registra el resultado del **OI**, según corresponda.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|---------|---|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|--|----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 15235482 | 1 | Breña | 49 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | N | N | 1. Glaucoma primario de ángulo cerrado | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | H402 |
| | 26545 | | | | M | | | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Cuidados posteriores a la cirugía | P | D | R | | | |
| | | 58 | | | D | F | Pab | Hb | R | R | 3. Determinación de la presión intraocular | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 15 | 16 | 92100 |

5. CATARATA

a) TAMIZAJE DE CATARATA

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados con el objetivo de efectuar el examen de los ojos y la determinación de la agudeza visual con oclusor con agujero estenopeico, para detectar algún grado de disminución de la misma o ceguera causada probablemente por catarata en personas de 50 años a más de edad. Está a cargo de un **personal de salud capacitado (licenciada en enfermería, tecnólogo médico en optometría o técnico asistencial de salud)** de los establecimientos de salud del I y II nivel de atención de salud con población asignada. Se realiza una vez al año.



Recuerda: A mayor denominador, menor es la agudeza visual. Ej. un valor de AV=20/100 representa una menor agudeza visual a comparación que un valor de AV=20/30.

I. Si no presenta disminución de AV

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra la actividad de salud:
 - Examen de los Ojos y de la Visión **(Z010)**
- En la 2° fila, se registra la actividad de salud:
 - Determinación de la agudeza visual **(99173)**

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° y 2° fila, se marca **“D”** por procedimiento o actividad realizada.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 1° fila, **columna 1** se registra “**N**”, si el resultado es normal y “**A**” si el resultado es anormal.
- En la 2° fila, **columna 1** se registra el resultado de la agudeza visual del **OD** (denominador de la fracción) y en la siguiente **columna 2** el resultado del **OI** (denominador de la fracción).

AV 20/20 registrar: **20** AV 20/40 registrar: **40** AV 20/100 registrar: **100** Percepción Luminosa (PL) o No Percepción Luminosa (NPL) deberá considerar: AV 20/800 registrar: **800**
 AV 20/25 registrar: **25** AV 20/50 registrar: **50** AV 20/200 registrar: **200**
 AV 20/30 registrar: **30** AV 20/70 registrar: **70** AV 20/400 registrar: **400**

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | | | |
|-----|------------------|-------------------|----------------|---|------|------|--------------------------------|--|-----------|----------|---|---------------------|---|---|-----------|-----|----|------------------|--|---|---|---------------------------------------|---|---|---|----|----|-------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | | | | | | | |
| | ETNIA | | CENTRO POBLADO | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 78782825 | | 1 | Belen | 65 | M | PC | | N | N | 1. Examen de los ojos y de la visión | P | D | R | N | | | Z01.0 | | | | | | | | | | |
| | 85452 | | | | | | | | | | | 58 | | M | F | Pab | | TALLA | | X | X | 2. Determinación de la agudeza visual | P | D | R | 30 | 30 | 99173 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | D | | | | | Hb |

II. Si presenta disminución de AV

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra la actividad de salud:
 - Examen de los Ojos y de la Visión (**Z010**)
- En la 2° fila, se registra la actividad de salud:
 - Determinación de la agudeza visual (**99173**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° y 2° fila, se marca “**D**” por procedimiento o actividad realizada.

Registrar en el ítem: **Valor Lab**

- En la 1° fila, **columna 1** se registra “**A**”, si el resultado es anormal y “**N**” si el resultado es normal.
- En la 2° fila, **columna 1** se registra el resultado de la agudeza visual del **OD** (denominador de la fracción) y en la siguiente **columna 2** el resultado del **OI** (denominador de la fracción), según corresponda.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | | | |
|-----|------------------|-------------------|----------------|---|------|------|--------------------------------|--|-----------|----------|---|---------------------|---|---|-----------|-----|----|------------------|--|---|---|---------------------------------------|---|---|---|----|-----|-------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | | | | | | | |
| | ETNIA | | CENTRO POBLADO | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 78782825 | | 1 | Lurín | 80 | M | PC | | N | N | 1. Examen de los ojos y de la visión | P | D | R | A | | | Z01.0 | | | | | | | | | | |
| | 85452 | | | | | | | | | | | 58 | | M | F | Pab | | TALLA | | X | X | 2. Determinación de la agudeza visual | P | D | R | 50 | 200 | 99173 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | D | | | | | Hb |



En caso de que el establecimiento de salud no cuente con profesional de la salud, la actividad de **determinación de la agudeza visual (99173)** lo realiza el **técnico asistencial de salud capacitado**.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------------------------|---|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------------------------|----------------|-------------------------------------|-----------|-----|-----|------------------|-------|----|-----|-------|-------------------------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | | |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 78782825 | 1 | Lurin | 64 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | N | N | 1. Determinación de la agudeza visual | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 800 | 100 | | 99173 | | | | |
| | 85452 | | | | 58 | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | D | Pab | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | | | Pab | Hb | | | | | | R | R | | | | | | | | |

b) EVALUACIÓN DE SOSPECHA DE CATARATA

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos que tienen por objetivo establecer el Diagnóstico **presuntivo** de catarata en personas de 50 años a más de edad identificadas durante el tamizaje. Está a cargo del **médico cirujano capacitado y/o tecnólogo médico en optometría** de los establecimientos de salud del I (I-3, I-4) y II nivel de atención de salud con población asignada.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Catarata, no Especificada (**H269**)
 - Catarata Senil, no Especificada (**H259**)
- En la 2° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Determinación de la agudeza visual (**99173**)
- En la 3° fila, se registra la actividad realizada:
 - Consejería de salud ocular (**99401.16**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **"P"** como diagnóstico presuntivo.
- En la 2° y 3° fila, se marca **"D"** por procedimiento o actividad realizado.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 1° fila, **columna 1** se registra **"RF"** cuando realiza referencia a establecimiento de salud de mayor complejidad.
- En la 2° fila, **columna 1** se registra el resultado de la agudeza visual del **OD** (denominador de la fracción) y en la siguiente **columna 2** el resultado del **OI** (denominador de la fracción), según corresponda.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------------------------|---|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|------------------------------|----------------|-------------------------------------|-----------|----|----|------------------|------|----|-----|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | | | | | |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 72565845 | 1 | Huari | 69 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | N | N | 1. Catarata, no Especificada | P | <input checked="" type="checkbox"/> | D | RF | | | H269 | | | | | | | |
| | 65524 | | | | 58 | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | D | Pab | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Determinación de la agudeza visual | P |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | | | Pab | Hb | | | | | | R | R | | | | | | | | | | | |

c) DIAGNÓSTICO DE CATARATA

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados a la persona de 50 años a más de edad con diagnóstico presuntivo de catarata, con el objetivo de establecer el diagnóstico **definitivo** de catarata y determinar el grado de dificultad de la cirugía a realizar. Está a cargo del **médico oftalmólogo**, y de requerirse el apoyo de una licenciada de enfermería capacitada y/o tecnólogo médico en optometría para la aplicación de gotas y/o determinación de la AV de los establecimientos de salud del I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud con capacidad resolutoria.

Actividad realizada por licenciada en enfermería capacitada o tecnólogo médico en optometría:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Administración de tratamiento (Aplicación de gotas o ungüentos) **(99199.11)** o
 - Determinación de la agudeza visual **(99173)**

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° o 2° fila, se marca **“D”** de definitivo

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|---|------|--------------------------------|---------------------------------------|--|----------|---|---------------------|---------------------------------------|---|-----------|----|----|------------------|-------|----------------|---|-----|---|---|----|---|---|---|--|--|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | | | | | | | | | |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ | | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 65558521 | 1 | Ocoña | 46 | M | PC | PESO | TALLA | Hb | N | N | 1. Determinación de la agudeza visual | P | D | R | | | 99173 | | | | | | | | | | | |
| | 563256 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 58 | F | Pab | R | R | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Actividad realizada por el médico oftalmólogo:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, registre el diagnóstico:
 - Catarata Senil Incipiente **(H250)**
 - Catarata Senil Nuclear **(H251)**
 - Catarata Senil, Tipo Morgagni **(H252)**
 - Otras Cataratas Seniles **(H258)**
 - Catarata Senil, no Especificada **(H259)**
 - Catarata Infantil, Juvenil y Presenil **(H260)**
 - Catarata Traumática **(H261)**
 - Catarata Complicada **(H262)**
 - Catarata Inducida por drogas **(H263)**
 - Catarata Residual **(H264)**
 - Otras Formas Especificadas de Catarata **(H268)**
 - Catarata, no Especificada **(H269)**
 - Catarata congénita **(Q120)**
- En la 2° fila, registre el procedimiento realizado en la consulta:
 - Oftalmoscopia Indirecta **(92226)**
 - Microscopia Binocular **(92504)**

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **“D”** cuando se confirma el diagnóstico.
- En la 2° fila, se marca **“D”** por procedimiento o actividad realizado.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|---|------|--------------------------------|---------------------------------------|--|----------|---|---------------------|---------------------------------------|---|-----------|----|----|------------------|-------|----------------|-----|---|---|--------------------------|---|---|---|--|--|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | | | | | | | | |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ | | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 85565845 | 1 | Lima | 75 | M | PC | PESO | TALLA | Hb | N | N | 1. Catarata Senil Nuclear | P | D | R | | | H251 | | | | | | | | | | |
| | 65524 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 58 | Pab | R | R | 2. Microscopia Binocular | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

d) TRATAMIENTO DE CATARATA

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados en la persona con Diagnóstico definitivo de catarata que recibe tratamiento quirúrgico (Incisión Extracapsular del Cristalino, Incisión Pequeña o Facoemulsificación). Está a cargo del **médico oftalmólogo** quien determina el tipo de cirugía en base a los resultados obtenidos de los exámenes complementarios realizados por él mismo y/o en coordinación con el tecnólogo médico en optometría y/o de requerirse el apoyo de una licenciada de enfermería capacitada; se realiza en establecimientos de salud del I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud según su capacidad resolutive.

Actividad realizada por médico oftalmólogo y/o tecnólogo médico en optometría:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Refracción (subjativa) **(92015)**
 - Ecografía oftálmica **(76510)**
 - Biometría ocular por ultrasonido **(76516)**
 - Microscopia especular **(92286)**
 - Topografía corneal **(92137)**

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 2° fila, se marca **“D”** por procedimiento realizado.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA | ESTA-BLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | |
| | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ | | | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | |
| 13 | 65558521 | 1 | Ocoña | 65 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Biometría Ocular por Ultrasonido | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | 76516 | | |
| | 563256 | | | | 58 | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | F | Pab | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | | | | | | | | Hb | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 3. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Actividad realizada por el médico oftalmólogo:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Facofragmentación - Facoemulsificación **(66850)** o
 - Extracción extracapsular de catarata con implante de lente intraocular **(66984)** o
 - MININUC con implante de Lente Intraocular **(66993)**

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **“D”** por procedimiento o actividad realizado.

- **Extracapsular**

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA | ESTA-BLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------|-------------------------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | |
| | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ | | | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | |
| 13 | 15298522 | 1 | Lima | 67 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Extracción extracapsular de catarata con implante de LIO | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | 66984 | |
| | 26582 | | | | 58 | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | Pab | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | | | | | | | | Hb | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 3. | <input checked="" type="checkbox"/> |

- **Facoemulsificación**

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---|-----------|--|---|---------------------|---------------------------------------|---|-----------|---|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | |
| 13 | 15298522 | | 1 | Lima | 6 | M | PC | PESO | N | N | Facofragmentación con ultrasonido | P | D | R | | | | 66850 |
| | 26582 | | 58 | | 7 | M | | TALLA | | | | P | D | R | | | | |
| | | | | | | D | Pab | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

e) CONTROL POST OPERATORIO DE CIRUGÍA DE CATARATA

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados en personas post operadas de cirugía de catarata. Está a cargo del **médico oftalmólogo** del establecimiento de salud del I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud según corresponda. A continuación, se detallan las actividades y procedimientos considerados en cada control.

| Controles | Periodicidad | Procedimientos/Actividad | Descartar y evaluar | Responsabilidad |
|-------------------|-----------------------------|--|--|--|
| 1º Control | Al día siguiente (24 horas) | <ul style="list-style-type: none"> - Determinación de AV - Microscopia binocular - Cuidados posteriores a la cirugía de catarata | <ul style="list-style-type: none"> - Edema corneal - Uveítis - Posicionamiento del Lente Intra Ocular - LIO - Dolor ocular | Médico oftalmólogo del I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud según corresponda |
| 2º Control | A la semana de operado | <ul style="list-style-type: none"> - Determinación de AV - Microscopia binocular - Tonometría - Microscopia especular - Oftalmoscopia indirecta - Retinografía - Cuidados posteriores a la cirugía de catarata | <ul style="list-style-type: none"> - PIO - Edema corneal - Uveítis - Posicionamiento del LIO - Dolor ocular | Médico oftalmólogo del I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud |
| 3º Control | Al mes de operado | <ul style="list-style-type: none"> - Determinación de AV - Microscopia binocular - Tonometría - Refracción - Microscopia especular - Oftalmoscopia indirecta - Retinografía - Paquimetría - OCT - Cuidados posteriores a la cirugía de catarata | <ul style="list-style-type: none"> - PIO - Edema corneal - Uveítis - Posicionamiento del LIO | Médico oftalmólogo del I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud |
| 4º Control | A los dos meses de operado | <ul style="list-style-type: none"> - Determinación de AV - Microscopia binocular - Tonometría - Paquimetría - Refracción - Oftalmoscopia indirecta - Retinografía - Capsulotomía posterior con YAG Láser (en los casos que se opacifique la Cápsula Posterior: se realizará en el 15 al 70% de los pacientes operados de catarata) - OCT - Cuidados posteriores a la cirugía de catarata | <ul style="list-style-type: none"> - PIO - Posicionamiento del LIO | Médico oftalmólogo del I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud |

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico identificado:
 - Edema corneal (**H182**)
 - Afaquia (**H270**)
 - Dolor ocular (**H571**)
 - Presencia de lentes intraoculares (**Z961**)
- En la 2° fila, se registra la actividad realizada:
 - Cuidado posterior a la cirugía catarata (**66982.01**)
- En la 3° fila, se registra la actividad realizada:
 - Determinación de la agudeza visual (**99173**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca “**D**” cuando es su primer control y “**R**” cuando es repetitivo el control.
- En la 2° y 3° fila, se marca siempre “**D**” por procedimiento o actividad realizado.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 2° fila, **columna 1** se registra el número de control post-operatorio **1, 2, 3 o 4** según corresponda.
- En la 3° fila, **columna 1** se registra el resultado de la evaluación del **OD** y en la **columna 2** se registra el resultado de la evaluación del **OI**, usando las nomenclaturas ya mencionadas

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|---|---|---------------------|---|---|-----------|---|----|------------------|-------|----------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGULA: ____/____/____ | | | | | | | | | | |
| 13 | 15626546 | 1 | Lima | 82 | M | PC | PESO | N | N | 1. Presencia de lentes intraoculares | P | D | R | | | | Z961 | | |
| | 26582 | | | | | | 58 | Pab | TALLA | | | 2. Cuidados posteriores a la cirugía (catarata) | P | D | R | 1 | | | 66982.01 |
| | | D | | | | | | | Hb | R | R | 3. Determinación de la agudeza visual | P | D | R | 30 | 30 | 99173 | |

f) CONTROL Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO DE COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados en personas operadas de cirugía de catarata que presentan complicaciones post quirúrgicas. Está a cargo del **médico oftalmólogo** de los establecimientos de salud con capacidad resolutive.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico de la complicación quirúrgica que corresponde:
 - Queratopatía (Bullosa afaquica) consecutivo a cirugía catarata (**H590**)
 - Endoftalmitis (**H440**)
 - Otros trastornos de la retina especificados (**H358**)
 - Complicación mecánica de lente intraocular (**T852**)
 - Hifema (**H210**)
- En la 2° fila, se registra la actividad realizada:
 - Cuidado posterior a la cirugía catarata (**66982.01**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca “**D**” la primera vez que se diagnostica.
- En la 2° fila, se marca “**D**” por procedimiento o actividad realizado.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------------------------|---|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|------------------|-----|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | | 1º | 2º | 3º | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 15284524 | 1 | Piura | 75 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Queratopatía (Bulosa afaquica) consecutivo a cirugía catarata | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | H590 | | | | | | | |
| | 26582 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | M | | | | | | | | | | Pab | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Cuidados posteriores a la cirugía (catarata) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | | Hb | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | 3. | | | | | |

6. RETINOPATÍA DIABÉTICA - RD

a) DETECCIÓN DE RD

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados en personas con Diabetes Mellitus - DM que puedan o no manifestar problemas visuales. Está a cargo del **profesional de la salud capacitado (licenciada en enfermería y/o tecnólogo médico en optometría)** de los establecimientos de salud del I y II nivel de atención de salud con población asignada. Se brinda una vez al año.

I. Establecimiento de salud con personal capacitado en AV:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el Diagnóstico:
 - Diabetes mellitus tipo 1, sin mención de complicación **(E109)**
 - Diabetes mellitus tipo 2, sin mención de complicación **(E119)**
 - Diabetes mellitus especificada, sin mención de complicación **(E139)**
 - Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación **(E149)**
- En la 2° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Determinación de la agudeza visual **(99173)**

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **"R"** para el diagnóstico de la morbilidad por tratarse de caso de DM.
- En la 2° fila, se marca **"D"** por actividad o procedimiento realizado.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 2° fila, **columna 1** se registra el resultado de la evaluación del **OD** y en la **columna** se registra el resultado de la evaluación del **OI**, usando las nomenclaturas de agudeza visual.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------------------------|---|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|------------------|-----|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | | 1º | 2º | 3º | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 16587552 | 1 | Camaná | 60 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Diabetes mellitus tipo 2, sin mención de complicación | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | E119 | | | | | | | |
| | 26582 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | M | | | | | | | | | | Pab | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Determinación de la agudeza visual | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | | Hb | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | 3. | | | | | |

II. Establecimiento de salud con personal capacitado en el uso del retinógrafo:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Diabetes mellitus tipo 1, sin mención de complicación **(E109)**
 - Diabetes mellitus tipo 2, sin mención de complicación **(E119)**
 - Diabetes mellitus especificada, sin mención de complicación **(E139)**
 - Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación **(E149)**
- En la 2° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Fotografía de la Retina ó Retinografía **(92250)**

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **“R”** para el diagnóstico de la morbilidad por tratarse de caso de DM.
- En la 2° fila, se marca **“D”** por actividad o procedimiento realizado.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|------------------|---------|-------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|--|----------------|-----------|-------------------------------------|---|------------------|----|------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | | 1º | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | |
| 13 | 16587552 | 1 | Camaná | 60 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | | N | N | 1. Diabetes mellitus tipo 2, sin mención de complicación | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | E119 |
| | 26582 | | | | M | | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Retinografía | P | D | R | | | | | |
| | | 58 | | | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

b) EVALUACIÓN DE SOSPECHA DE RD

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados en las personas con Diagnóstico de DM que fueron detectadas con o sin manifestación de problemas visuales, con el objetivo de realizar una evaluación ocular y referencia según corresponda. Está a **cargo del médico cirujano capacitado y/o en coordinación con el tecnólogo médico en optometría** de los establecimientos de salud del I (I-3, I-4) y II nivel de atención de salud con población asignada. Se brinda por lo menos una vez al año.

I. Evaluación mediante la determinación de la AV:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico identificado:
 - Diabetes mellitus tipo 1, con complicaciones oftálmicas **(E103)**
 - Diabetes mellitus tipo 1, sin mención de complicación **(E109)**
 - Diabetes mellitus tipo 2, con complicaciones oftálmicas **(E113)**
 - Diabetes mellitus tipo 2, sin mención de complicación **(E119)**
 - Diabetes mellitus especificada, con complicaciones oftálmicas **(E133)**
 - Diabetes mellitus especificada, sin mención de complicación **(E139)**
 - Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones oftálmicas **(E143)**
 - Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación **(E149)**
 - Retinopatía Diabética **(H360)**
- En la 2° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Determinación de la agudeza visual **(99173)**
- En la 3° fila, se registra la actividad realizada:
 - Consejería en salud ocular **(99401.16)**

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **“R”** para el diagnóstico de la morbilidad por tratarse de caso de DM.
- En la 2° y 3° fila, se marca siempre **“D”** por actividad y procedimiento realizado.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 1° fila, **columna 1** se registra “**RF**” para indicar la referencia según requiera.
- En la 2° fila, **columna 1** se registra el resultado de la evaluación del **OD** y en la **columna 2** se registra el resultado del **OI**, usando las nomenclaturas ya mencionadas de agudeza visual.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|-------------------|--|---------|---|---|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|--|---------------------|---------------------------------------|---|-----------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 16587552 | | 1 | Camaná | 52 | M | PC | PESO | N | N | 1. Diabetes mellitus tipo 2, sin mención de complicación | P | D | R | RF | | | E119 |
| | 26582 | | | | | | | 58 | Pab | TALLA | | | 2. Determinación de la agudeza visual | P | D | R | 50 | 100 |
| | | | Hb | R | | R | 3. Consejería en salud ocular | | | P | D | R | | | | | | 99401.16 |

II. Evaluación mediante la retinografía:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico identificado:
 - Diabetes mellitus tipo 1, con complicaciones oftálmicas (**E103**)
 - Diabetes mellitus tipo 1, sin mención de complicación (**E109**)
 - Diabetes mellitus tipo 2, con complicaciones oftálmicas (**E113**)
 - Diabetes mellitus tipo 2, sin mención de complicación (**E119**)
 - Diabetes mellitus especificada, con complicaciones oftálmicas (**E133**)
 - Diabetes mellitus especificada, sin mención de complicación (**E139**)
 - Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones oftálmicas (**E143**)
 - Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación (**E149**)
 - Retinopatía Diabética (**H360**)
 - Otros trastornos de la retina en enfermedades clasificadas en otra parte (**H368**)
- En la 2° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Fotografía de la retina ó Retinografía (**92250**)
- En la 3° fila, se registra la actividad realizada:
 - Consejería en salud ocular (**99401.16**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca “**P**” para el diagnóstico de la morbilidad por tratarse de caso de DM.
- En la 2° y 3° fila, se marca “**D**” por actividad y procedimiento realizado.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 1° fila, **columna 1** registre “**RF**” para indicar la referencia realizada
- En la 2° fila, **columna 1** registre el resultado de la retinografía, usando las nomenclaturas: **A=** Anormal o **N=** Normal

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|-------------------|--|---------|---|---|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|-----------------|---|-----------|----|----------|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | |
| 13 | 16587552 | | 1 | Camaná | 60 | M | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía Diabética | P | D | R | RF | | | H360 |
| | 26582 | | | | | | | 58 | Pab | TALLA | | | 2. Retinografía | P | D | R | A | |
| | | | Hb | R | | R | 3. Consejería en salud ocular | | | P | D | R | | | | | 99401.16 | |

Recuerda:

Si el establecimiento de salud (EES) no cuenta con la capacidad resolutive para realizar el diagnóstico de retinopatía diabética, debe solicitar una teleinterconsulta mediante el servicio telemedicina. Para ello se registra lo siguiente:

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|---|---|-----------|----|----|------------------|--------------------------------|---|---|---|--|--|--|----------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | | | | | |
| | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 24516842 | 1 | Piura | A | 24 | M | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía Diabética | P | D | R | | | | H360 | | | | | | | | |
| | 945530 | | | F | | | | TALLA | | | | | | | | | | | 3. Teleinterconsulta Asíncrona | P | D | R | | | | 99499.12 |
| | 58 | | | F | | | | Hb | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

c) DIAGNÓSTICO DE RD

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados a personas con diagnóstico de DM que son referidos con un diagnóstico presuntivo de RD, con el objetivo de establecer el diagnóstico definitivo de RD. Está a cargo del **médico oftalmólogo** en base a los resultados obtenidos de los exámenes realizados por él mismo o en coordinación con el tecnólogo médico en optometría y/o licenciada de enfermería capacitada de los establecimientos de salud del I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud con capacidad resolutive.

Actividad realizada por licenciada en enfermería capacitada o tecnólogo médico en optometría:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1º fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Administración de tratamiento (Aplicación de gotas o ungüentos) **(99199.11)**
 - Determinación de la agudeza visual **(99173)**

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1º fila, se marca **“D”** de definitivo

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|--|---------------------|---|---|-----------|----|----|------------------|----|---|---|---|--|--|--|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | | | | |
| | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 65558521 | 1 | Ocoña | A | 46 | M | PC | PESO | N | N | 1. Administración de tratamiento (Aplicación de gotas o ungüentos) | P | D | R | | | | 99199.11 | | | | | | | |
| | 563256 | | | F | | | | TALLA | | | | | | | | | | | 2. | P | D | R | | | |
| | 58 | | | F | | | | Hb | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Actividad realizada por médico oftalmólogo y/o tecnólogo médico en optometría:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1º fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Tomografías de coherencia óptica - OCT **(92133)**
 - Angiografía con fluoresceína o Angiofluoresceinografía **(92235)**
 - Fotografía de la retina o Retinografía **(92250)**

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1º fila, se marca **“D”** por procedimiento realizado.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------|---|--|----------|---|---|----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----|----|------------------|-------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ REGLA: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA | | | | | | | | | | |
| 13 | 15268141 | 1 | 1 | Ferreñafe | 51 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | N | N | 1. Tomografías de Coherencia Óptica (OCT) | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 92133 |
| | 26545 | | | | | 58 | | | | M | F | Pab | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. | P | D | R |
| | | D | Hb | R | | | R | 3. | | P | | | D | R | | | | | |

Actividad realizada por el médico oftalmólogo:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1º fila, se registra el diagnóstico identificado:
 - Retinopatía Diabética (**H360**)

Según criterio médico, considerar otros Diagnósticos secundarios:

- Otros trastornos especificados de la retina - Edema macular (**H358**)
- Desprendimiento de retina por tracción (**H334**)
- Trastorno de la retina, no especificado (**H359**)
- Hemorragia retiniana (**H356**)
- Hemorragia del vítreo (**H431**)

- En la 2º fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Microscopía Binocular (**92504**)
 - Oftalmoscopia indirecta (**92226**)
 - Entre otros procedimientos

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1º fila, se marca “**D**” cuando se diagnóstica por primera vez y “**R**” cuando se realice seguimiento.
- En la 2º fila, se marca “**D**” por actividad y procedimiento realizado.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------|---|--|----------|---|--------------------------|----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|----|------------------|------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ REGLA: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA | | | | | | | | | | |
| 13 | 15925865 | 1 | 1 | Lima | 48 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía Diabética | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | H360 |
| | 26582 | | | | | 58 | | | | M | F | Pab | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Oftalmoscopia indirecta | P | D | R |
| | | D | Hb | R | | | R | 3. | | P | | | D | R | | | | | |

d) TRATAMIENTO DE RD

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados en la persona con diagnóstico definitivo de RD que recibe tratamiento (terapia láser, terapia intravítrea y/o cirugía vítrea). Está a cargo del **médico oftalmólogo** quien determina el tipo de tratamiento en base a los resultados obtenidos de los exámenes complementarios. Se realiza en establecimientos de salud del II y III nivel de atención de salud según su capacidad resolutive.

Actividad realizada por el médico oftalmólogo:

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud:**

- En la 1º fila, se registra el diagnóstico identificado:

- Retinopatía Diabética (**H360**)

Según criterio médico, considerar otros diagnósticos secundarios:

- o Otros trastornos especificados de la retina - Edema macular (**H358**)
- o Desprendimiento de retina por tracción (**H334**)
- o Trastorno de la retina, no especificado (**H359**)
- o Hemorragia retiniana (**H356**)
- o Hemorragia del vítreo (**H431**)

• En la 2° fila, se registra el procedimiento o intervención realizado:

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

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca “**R**” por ser un paciente que ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- En la 2° fila, se marca “**D**” por actividad o procedimiento realizado.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|---------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|---|---|---------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|----|------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|---|-------------------------------------|---|--|--|--|-------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | GESTANTE/PUÉRPERA | ETNIA | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ | | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 15564226 | 1 | Camaná | 56 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | | PESO | N | N | 1. Retinopatía Diabética | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | H360 | | | | | | | | |
| | 16525 | | | | 58 | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | M | Pab | | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Fotocoagulación | P | D | R | | | | 67145 |
| | | | | | | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| | | | | | D | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | | | | | | | | | |

e) CONTROL DE RD

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados en personas con diagnóstico de RD que han recibido tratamiento. Está a cargo del **médico oftalmólogo** de los establecimientos de salud del I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud con capacidad resolutoria. Se realizan dos controles: 1er control a los 2 meses del inicio del tratamiento y el 2do control a los 4 meses del primer control y de acuerdo al criterio médico.

Registre en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico identificado:
 - Retinopatía Diabética (**H360**)

Según criterio médico, considerar otros diagnósticos secundarios:

- o Otros trastornos especificados de la retina - Edema macular (**H358**)
- o Desprendimiento de retina por tracción (**H334**)
- o Trastorno de la retina, no especificado (**H359**)
- o Hemorragia retiniana (**H356**)
- o Hemorragia del vítreo (**H431**)

- En la 2° fila, se registra la actividad realizada:
 - Cuidado Posterior a la Cirugía (**Z489**)

- En la 3° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - Microscopía Binocular (**92504**)
 - Oftalmoscopia indirecta (**92226**)

- Retinografía (92250)
- Angiografía con fluoresceína (92235)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca “R” por ser un paciente que ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- En la 2° y 3° fila, se marca “D” por actividad o procedimiento realizado.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------|----------------------------|---|-------------------------------------|--|---|-----------|-------------------------------------|----|------------------|-------|------|---|------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | |
| 13 | 16587552 | | 1 | Lima | 62 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | | N | N | 1. Retinopatía Diabética | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | H360 | | |
| | 22520 | 58 | | | | M | | | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Cuidado posterior a la cirugía, no especificada | P | D | R | | | | | | Z489 |
| | | | | D | | Hb | | R | R | 3. Oftalmoscopia indirecta | P | D | R | | | | | | 92226 | | | |

7. ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO - EEO

a) DETECCIÓN DE EEO

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados que permiten identificar a las personas con enfermedades externas del ojo. Está a cargo del **personal de salud capacitado (Licenciada de enfermería, tecnólogo médico en optometría o técnico asistencial de salud)** de los establecimientos de salud del I y II nivel de atención de salud con población asignada.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico identificado:
 - Examen de los ojos y de la visión (**Z010**)
- En la 2° fila, se registra la actividad realizada:
 - Consejería en salud ocular (**99401.16**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1ª y 2ª fila, se marca “D” cuando la actividad o procedimiento fue realizado.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 1° fila, **columna 1** se registra el resultado del examen si es normal con la letra “N” y si es anormal con la letra “A”.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------|----------|---|-------------------------------------|--------------------------------------|---|-----------|---|----|------------------|----|------|---|--|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | |
| 13 | 15942156 | | 1 | Lima | 67 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | | N | N | 1. Examen de los ojos y de la visión | P | D | R | A | | | Z010 | | |
| | 140153 | 58 | | | | M | | | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Consejería en salud ocular | P | D | R | | | | | | |
| | | | | D | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | | | | | | |

b) DIAGNÓSTICO DE EEO

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos orientados a diagnosticar las enfermedades externas del ojo (conjuntivitis, blefaritis, orzuelo, chalazión, entre otros). Está a cargo del **médico**

cirujano capacitado y/o médico oftalmólogo de los establecimientos del I (I-2, I-3 o I-4) y II nivel de atención en salud con población asignada.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico identificado:
 - Orzuelo (**H000**)
 - Chalazión (**H001**)
 - Blefaritis (**H010**)
 - Conjuntivitis mucopurulenta (**H100**)
 - Conjuntivitis atópica aguda (**H101**)
 - Otras conjuntivitis agudas (**H102**)
 - Conjuntivitis aguda, no especificada (**H103**)
 - Conjuntivitis crónica (**H104**)
 - Otras conjuntivitis (**H108**)
 - Conjuntivitis, no Especificada (**H109**)
 - Entropión y triquiasis palpebral (**H020**)
 - Ectropión del párpado (**H021**)
 - Pterigión (**H110**)
 - Entre otros
- En la 2° fila, se registra la actividad realizada:
 - Consejería en salud ocular (**99401.16**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **“D”** cuando el diagnóstico es confirmado por primera vez y **“R”** en caso de control.
- En la 2° fila, se marca **“D”** por actividad o procedimiento realizado.

Diagnóstico de Chalazión:

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----------|------------------|----|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | |
| 13 | 15682156 | 1 | Huari | 65 | M | PC | PESO | N | N | 1. Chalazión | P | D | R | | | | H001 | | |
| | 140153 | | | | | | TALLA | | | 2. Consejería en salud ocular | P | D | R | | | | 99401.16 | | |
| | 58 | F | Pab | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | | | |

Diagnóstico de Conjuntivitis:

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----------|------------------|----|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | |
| 13 | 42515566 | 1 | Camaná | 35 | M | PC | PESO | N | N | 1. Conjuntivitis atópica aguda | P | D | R | | | | H101 | | |
| | 140153 | | | | | | TALLA | | | 2. Consejería en salud ocular | P | D | R | | | | 99401.16 | | |
| | 58 | F | Pab | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | | | |

c) TRATAMIENTO DE EEO

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos orientados a brindar tratamiento a la persona con diagnóstico definitivo de una enfermedad externa del ojo. Está a cargo del **médico cirujano capacitado y/o médico oftalmólogo** de los establecimientos de salud del I (I-2, I-3 o I-4) y II nivel de atención en salud con población asignada.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico identificado:
 - Orzuelo (**H000**)
 - Chalazión (**H001**)
 - Blefaritis (**H010**)
 - Conjuntivitis mucopurulenta (**H100**)
 - Conjuntivitis atópica aguda (**H101**)
 - Otras conjuntivitis agudas (**H102**)
 - Conjuntivitis aguda, no especificada (**H103**)
 - Conjuntivitis crónica (**H104**)
 - Otras conjuntivitis (**H108**)
 - Conjuntivitis, no Especificada (**H109**)
 - Entropión y triquiasis palpebral (**H020**)
 - Ectropión del párpado (**H021**)
 - Pterigión (**H110**)
 - Entre otros
- En la 2° fila, se registra la actividad realizada:
 - Tratamiento farmacológico:**
 - Administración de tratamiento (**99199.11**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **"R"** por ser un paciente que ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- En la 2° y 3° fila, se marca **"D"** cuando el diagnóstico, procedimiento o actividad es realizado.

Chalazión:

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|---|------|--------------------------------|---------------------------------------|--|----------|---|---------------------|---------------------------------------|-------|-----------|---|----------------------------------|------------------|----|----|--|--|--|----------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | | | |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ | | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | |
| 13 | 42515566 | 1 | Camaná | 35 | M | PC | PESO | N | N | 1. Chalazión | P | D | R | | | | H001 | | | | | | |
| | 140153 | | | | | | | | | 58 | F | Pab | TALLA | R | R | 2. Administración de tratamiento | P | D | R | | | | 99199.11 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | D | | | | | 3. | P | D | R | | | | | | | | | | |

Conjuntivitis:

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|---|------|--------------------------------|---------------------------------------|--|----------|---|---------------------|---------------------------------------|-------|-----------|---|----------------------------------|------------------|----|----|--|--|--|----------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | | | |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ | | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | |
| 13 | 42515566 | 1 | Camaná | 35 | M | PC | PESO | N | N | 1. Conjuntivitis aguda, no especificada | P | D | R | | | | H103 | | | | | | |
| | 140153 | | | | | | | | | 58 | F | Pab | TALLA | R | R | 2. Administración de tratamiento | P | D | R | | | | 99199.11 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | D | | | | | 3. | P | D | R | | | | | | | | | | |

d) TRATAMIENTO ESPECIALIZADO DE EEO

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos orientados a brindar tratamiento farmacológico o quirúrgico a la persona que requiera tratamiento especializado (orzuelo, chalazión, entropión y triquiasis palpebral, ectropión del párpado, pterigión, entre otros). Esta actividad está a cargo del **médico oftalmólogo** de los establecimientos de salud del I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud con capacidad resolutive.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico identificado:
 - Orzuelo (**H000**)
 - Chalazión (**H001**)
 - Úlcera Corneal (**H160**)
 - Queratitis, no especificada (**H169**)
 - Blefarconjuntivitis (**H105**)
 - Otras conjuntivitis (**H108**)
 - Conjuntivitis, no Especificada (**H109**)
 - Entropión y triquiasis palpebral (**H020**)
 - Ectropión del párpado (**H021**)
 - Pterigión (**H110**)
 - Entre otros.
- En la 2° fila, se registra el procedimiento realizado:
 - **Tratamiento farmacológico:**
 - o Administración de tratamiento (**99199.11**)
 - **Tratamiento quirúrgico:**
 - o Blefarotomía con drenaje de absceso de párpado (**67700**)
 - o Conjuntivoplastia; con injerto conjuntival o rearrreglo amplio (**68320**)
 - o Entre otros.

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **"R"** debido a que el diagnóstico ya fue confirmado.
- En la 2° fila, se marca **"D"** por actividad o procedimiento realizado.

Tratamiento farmacológico

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------|---|-------------------------------------|-----------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: / / | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: / / | | | | | | | | | |
| 13 | 42515566 | 1 | Camaná | 35 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PESO | N | N | 1. Queratitis | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | H169 |
| | 140153 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Administración de tratamiento | P | D | R | | | | |
| | | 58 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

Tratamiento quirúrgico

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------|---|-------------------------------------|-----------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: / / | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: / / | | | | | | | | | |
| 13 | 42515566 | 1 | Camaná | 35 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PESO | N | N | 1. Orzuelo | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | H000 |
| | 140153 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Blefarotomía de párpado | P | D | R | | | | |
| | | 58 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

e) CONTROL DE EEO

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos orientados a verificar la evolución de las personas con diagnóstico de enfermedades externas del ojo que han recibido tratamiento quirúrgico. Está a cargo

del **médico cirujano capacitado y/o médico oftalmólogo** de los establecimientos de salud del I (I-3, I-4), II y III nivel de atención de salud según corresponda.

- **Control farmacológico**

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Orzuelo (**H000**)
 - Chalazión (**H001**)
 - Úlcera Corneal (**H160**)
 - Queratitis, no especificada (**H169**)
 - Blefarconjuntivitis (**H105**)
 - Otras conjuntivitis (**H108**)
 - Conjuntivitis, no Especificada (**H109**)
 - Entropión y triquiasis palpebral (**H020**)
 - Ectropión del párpado (**H021**)
 - Pterigión (**H110**)
 - Entre otros.
- En la 2° fila, se registra la actividad o procedimiento realizado:
 - Administración de tratamiento (**99199.11**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **“R”** por ser un paciente que ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- En la 2° fila, se marca **“D”** por actividad o procedimiento realizado.

Registrar en el ítem: **Valor Lab.**

- En la 2° fila, **columna 1** se registra **“C”** por ser control farmacológico.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|---|-------------------------------------|------|--------------------------------|---------------------------------------|--|----------|---|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | P | D | R | 1º | 2º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ | | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | |
| 13 | 42515566 | 1 | Camaná | 35 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | N | N | 1. Queratitis | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | H169 |
| | 140153 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Administración de tratamiento | P | D | R | C |
| | | 58 | | | D | F | Pab | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

- **Control post quirúrgico**

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, se registra el diagnóstico:
 - Orzuelo (**H000**)
 - Chalazión (**H001**)
 - Entropión y triquiasis palpebral (**H020**)
 - Ectropión del párpado (**H021**)
 - Pterigión (**H110**)
 - Entre otros.
- En la 2° fila, se registra la actividad o procedimiento realizado:
 - Cuidado Posterior a la Cirugía (**Z489**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, se marca **“R”** por ser un paciente que ya ha sido diagnosticado anteriormente.

- En la 2° fila, se marca “D” por actividad o procedimiento realizado.

| DÍA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|---|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|-----------------------------------|---------------------------------------|---|-----------|---|----|------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | |
| 13 | 42515566 | | 1 | Camaná | | M | PC | | | N | N | 1. Orzuelo | P | D | R | | | H000 |
| | 140153 | | 58 | | 35 | M | | | | C | C | 2. Cuidado posterior a la cirugía | P | D | R | | | Z489 |
| | | | | | | F | Pab | | | | | 3. | P | D | R | | | |

8. TRACOMA

El tracoma es una enfermedad ocular que resulta de la infección por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, se presenta generalmente en personas de distritos o provincias consideradas endémicas o que tienen fronteras con ella, que no cuentan con acceso a servicios de saneamiento básico adecuado, agua segura, eliminación de basura y excretas, deficientes prácticas de higiene y/o antecedentes de conjuntivitis a repetición. El personal que identifique estos factores de riesgo debe referirlo para su evaluación médica.

a) EVALUACIÓN DE SOSPECHA DE TRACOMA

Definición operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos orientados a evaluar integralmente y establecer el diagnóstico **presuntivo** de Tracoma, a cargo del **médico cirujano capacitado** del establecimiento de salud del I (I-2, I-3, I-4) y II nivel de atención de salud con población asignada. Se brinda como parte de la atención integral en localidades identificadas como endémicas para tracoma. Se realiza una vez al año. Para los casos sospechosos de Triquiasis tracomatosa – TT se realizará la referencia a la especialidad de oftalmología.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, registre el diagnóstico identificado:
 - Inflamación tracomatosa folicular (TF): Estado activo de tracoma (**A711**) o
 - Conjuntivitis folicular tracomatosa.
 - Conjuntivitis granular tracomatosa. (Inflamación tracomatosa intensa - TI)
 - Tracoma, no especificado (**A719**)
- En la 2° fila, registre el diagnóstico identificado:
 - Examen de los ojos y la visión (**Z010**)



Recuerda: Para el caso de tracoma, se considerará en el examen externo del ojo la inspección de la conjuntiva tarsal mediante el procedimiento de eversión del párpado superior en niños, en búsqueda de TF y TI. En personas de 15 años a más se deben inspeccionar las pestañas y la córnea en búsqueda de signos de TT.

- En la 3° fila, registre la actividad o procedimiento realizado:
 - Consejería en salud ocular (**99401.16**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, marque siempre “P” de presuntivo
- En la 2° y 3° fila, marque siempre “D” por actividad o procedimiento realizado.

Registrar en el ítem: **Lab.**

- En la 1° fila, **columna 1** registre “RF” según corresponda.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|---|------|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------|----|----|------------------|-------|----------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | |
| 13 | 15942156 | 1 | Putumayo | 67 | M | PC | PESO | N | N | 1. Estado activo de tracoma | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | RF | | | A711 | | |
| | 140153 | | | | | | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Examen de los ojos y la visión | P | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | | | | | Z010 |
| | | | | | | | 6 | Hb | R | R | 3. Consejería en salud ocular | P | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | | | | |

b) DIAGNÓSTICO DE TRACOMA

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos orientados a establecer el diagnóstico clínico de Tracoma, a cargo del **médico cirujano capacitado y/o médico oftalmólogo** del establecimiento de salud del I, II o III nivel de atención de salud con capacidad resolutive.

La clasificación de los estadios del tracoma, según la OMS son:

- Inflamación tracomatosa folicular (TF)
- Inflamación tracomatosa intensa (TI)
- Cicatrización tracomatosa
- Triquiasis tracomatosa (TT)
- Opacidad corneal (OC)

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, registre el diagnóstico:
 - Estado activo de tracoma (**A711**) o
 - o Conjuntivitis folicular tracomatosa. (TF)
 - o Conjuntivitis granular tracomatosa. (TI)
 - Tracoma, no especificado (**A719**) o
 - Secuelas de tracoma (**B940**)
 - o Triquiasis tracomatosa (TT)
- En la 2° fila, registre el procedimiento realizado:
 - Microscopía binocular (**92504**)
- En la 3° fila, registre la actividad realizada:
 - Consejería en salud ocular (**99401.16**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, marque siempre **“D”** cuando se diagnóstica por primera vez y **“R”** en los controles.
- En la 2° y 3° fila, marque siempre **“D”** por actividad o procedimiento realizado.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|---|------|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------|----|----|------------------|-------|----------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | |
| 13 | 42025526 | 1 | Alto Amazonas | 35 | M | PC | PESO | N | N | 1. Estado activo de tracoma | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | A711 | | |
| | 140153 | | | | | | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Microscopía Binocular | P | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | | | | | 92504 |
| | | | | | | | 5 | Hb | R | R | 3. Consejería en salud ocular | P | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | | | | |

c) TRATAMIENTO DE TRACOMA

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados en las personas con diagnóstico clínico de tracoma orientados a brindar el tratamiento farmacológico o quirúrgico según corresponda. Está a cargo del **médico cirujano capacitado y/o médico oftalmólogo** de establecimientos de salud del I, II o III nivel de atención de salud con capacidad resolutive.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, registre el diagnóstico identificado:
 - Estado activo de tracoma (**A711**)
 - Tracoma, no especificado (**A719**)
 - Secuelas de tracoma (**B940**)
- En la 2° fila, registre la actividad o procedimiento realizado:

Tratamiento farmacológico

- Administración de tratamiento (**99199.11**)

Tratamiento quirúrgico

- Corrección de triquiasis; incisión de borde del párpado (**67830**)
- Queratoplastia (trasplante corneal); endotelial (**65756**)

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, siempre marque **“R”** por ser un paciente que ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- En la 2° fila, marque siempre **“D”** por actividad o procedimiento realizado.

Tratamiento farmacológico (médico cirujano y/u oftalmólogo):

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|-------------------------------------|----------------------------------|----|-------------------------------------|----|----|------------------|------|--|----------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | |
| 13 | 42515566 | 1 | Ramón Castilla | 35 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | N | N | 1. Estado activo de tracoma | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | A711 | | |
| | 140153 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | M | | | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Administración de tratamiento | P | D | R | | | | | 99199.11 |
| | | | | | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> | F | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

Tratamiento quirúrgico (médico oftalmólogo):

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|--|---|-------------------------------------|--|----|-------------------------------------|----|----|------------------|------|--|-------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | |
| | GESTANTE/PUÉRPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____ | | | | | | | | | | | |
| 13 | 42515566 | 1 | Requena | 35 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | N | N | 1. Secuelas de tracoma | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | B940 | | |
| | 140153 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | M | | | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Corrección de triquiasis; incisión de borde del párpado | P | D | R | | | | | 67830 |
| | | | | | 5 | <input checked="" type="checkbox"/> | F | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

d) CONTROL DE TRACOMA

Definición Operacional: Es el registro de actividades y/o procedimientos realizados en las personas con diagnóstico clínico de tracoma que han recibido tratamiento quirúrgico, con el objetivo de evaluar su evolución. Está a cargo del **médico cirujano capacitado y/o médico oftalmólogo** de establecimientos de salud del I, II o III nivel de atención de salud con capacidad resolutive. Se considerará 3 controles post quirúrgico: El primer control a las 24 horas, segundo control dentro de los 7 a 14 días y el tercer control entre los 3 a 6 meses.

Registrar en el ítem: **Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud.**

- En la 1° fila, registre el diagnóstico identificado:
 - Estado activo de tracoma **(A711)**
 - Tracoma, no especificado **(A719)**
 - Secuelas de tracoma **(B940)**
- En la 2° fila, registre la actividad o procedimiento realizado:
 - Cuidado Posterior a la Cirugía **(Z489)**

Marcar en el ítem: **Tipo de Diagnóstico.**

- En la 1° fila, siempre marque **“R”** por ser un paciente que ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- En la 2° fila, siempre marque **“D”** por actividad o procedimiento realizado.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|---------|--------------------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | (*) FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___ | | | | | | | | | |
| 13 | 42515566 | 1 | Putumayo | 35 | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Secuelas de tracoma | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | B940 | |
| | 140153 | | | | 7 | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | D | F | | | | | Pab | Hb | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Ministerio de Salud
Av. Salaverry 801 - Jesus Maria
Lima -Perú

www.gob.pe/minsa