REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y ENFERMEDADES DIARREICAS

Sistema de Información HIS

ETAPA DE VIDA NIÑO

2018

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS – DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

IRA NO COMPLICADA

Código	Diagnóstico / Actividad
A37	Tos ferina [tos convulsiva]
A379	Tos ferina, no especificada
H65	Otitis media no supurativa
H650	Otitis media aguda serosa
H651	Otitis media aguda, no supurativa
H660	Otitis media supurativa aguda
H669	Otitis media, no especificada
J00X	Rinofaringitis aguda - Resfriado común
J01	Sinusitis aguda
J 010	Sinusitis maxilar aguda
J011	Sinusitis frontal aguda
J012	Sinusitis etmoidal aguda
J013	Sinusitis esfenoidal aguda
J014	Pansinusitis aguda
J019	Sinusitis aguda, no especificada
J02	Faringitis aguda
J020	Faringitis estreptocócica.
J029	Faringitis aguda, no especificada
J03	Amigdalitis aguda
J030	Amigdalitis estreptocócica.
J038	Amigdalitis aguda debida a otros microorganismos especificados
J039	Amigdalitis aguda, no especificada
J04	Laringitis y traqueítis agudas
J040	Laringitis Aguda
J041	Traqueítis Aguda
J042	Laringotraqueítis aguda
J050	Laringitis obstructiva, aguda [crup]
J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados.
J101	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, debida a otro virus de la influenza identificado
J111	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado
J12	Neumonía viral no clasificada en otra parte
J129	Neumonía viral, no especificada
J15	Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte.
J159	Neumonía bacteriana, no especificada
J189	Neumonía no especificada
J209	Bronquitis Aguda, no especificada
J219	Bronquiolitis Aguda, no especificada

IRA CON COMPLICACIONES

Código	Diagnóstico / Actividad
A36	Difteria
A37	Tos ferina [tos convulsiva]
A379	Tos ferina, no especificada
J050	Laringitis obstructiva, aguda (crup)
J051	Epiglotitis aguda
J100	Influenza con neumonía, debida a otro virus de la influenza identificado
J110	Influenza con neumonía, virus no identificado
J120	Neumonía debida a adenovirus
J121	Neumonía debida a virus sincitial respiratorio
J122	Neumonía debida a virus parainfluenza
J123	Neumonía debida a metaneumovirus humano
J128	Neumonía debida a otros virus
J13	Neumonía debida a Streptococus Pneumoniae.
J14	Neumonía debida a Haemophilus Influenzae.
J152	Neumonía debida a estafilococos
J154	Neumonía debida a otros estreptococos
J155	Neumonía debida a Escherichia coli
J156	Neumonía debida a otras bacterias aeróbicas gramnegativas
J158	Otras neumonías bacterianas
J16	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte.
J168	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos especificados
J172	Neumonía en micosis
J173	Neumonía en enfermedades parasitarias
J180	Bronconeumonía, no especificada
J181	Neumonía lobar, no especificada
J182	Neumonía hipostática, no especificada
J188	Otras neumonías, de microorganismo no especificado
J189	Neumonía, no especificada
J851	Absceso del pulmón con neumonía
J86	Piotórax (empiema)
J90	Derrame Pleural, no clasificado en otra parte
J939	Neumotórax no especificado
99344	Visita Domiciliaria
94664	Nebulización o Inhaloterapia
94799.02	Oxigenoterapia
99700	Referencia a EE.SS con capacidad resolutiva

SOB/ASMA

Código	Diagnóstico/Actividad

- J21 Bronquiolitis aguda
- J210 Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
- J211 Bronquiolitis aguda debida a metaneumovirus humano
- J218 Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados
- J219 Bronquiolitis aguda, no especificada
- J44 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
- J440 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores
- J441 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada
- J448 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas especificadas (usado por el personal médico quien además debe consignar el grado de severidad: Leve, Moderado o Severo)
- J449 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada (usado por personal no médico).
- J45 Asma
- J450 Asma predominantemente alérgica
- J451 Asma no alérgica
- J458 Asma mixta
- J459 Asma, no especificada (grado de severidad: Leve, Moderada o Severa)
- J46 Estado asmático (Asma aguda severa)
- 99344 Visita Domiciliaria
- 94664 Nebulización o Inhaloterapia
- 94799.02Oxigenoterapia
- 99700 Referencia a EE.SS con capacidad resolutiva

ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria de acuerdo a normatividad vigente.
Tenga en cuenta lo siguiente:

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

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

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

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

Los casos nuevos sólo se registran con diagnóstico DEFINITIVO "D" LA PRIMERA VEZ que se diagnostican; los controles por el mismo episodio de la enfermedad se registran con tipo de diagnóstico "R"

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anotar claramente el tipo de diagnóstico según la CIE10

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22
DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
01/03	84521475	2	Comas	1	A M	PC	PESO	N	N	1.Faringoamigdalitis Estreptocócica	P	X	R		J020
					M		TALLA	E	E		P	D	R		
	97245	80			D F	Pab	Hb	R	R		P	D	R		

En los Controles de las Infecciones respiratorias agudas: Registre:

En el ítem: Tipo de diagnóstico marcar **SIEMPRE "R"**
En el ítem Lab anote el número de control 1, 2... Según corresponda

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22
DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____							
26/03	78645511	2	Coracora	1	A M	PC	PESO	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	R	1	J189
					M		TALLA	E	E		P	D	R		
	53230	80			D F	Pab	Hb	R	R		P	D	R		

Cuando el Control se hace en el domicilio: Registre
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote

- En el 1º casillero el motivo de la visita como repetitivo.
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote el número de control 1, 2... según corresponda
- En el 2º casillero anote el número de visita 1, 2... Según corresponda

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22
DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____							
26/03	78645511	2	Coracora	1	A M	PC	PESO	N	N	1. Neumonía, no especificada	P	D	R		J189
					M		TALLA	E	E	2. Visita Domiciliaria	P	D	R	1	99344
	53230	80			D F	Pab	Hb	R	R		P	D	R		

Cuando se realiza una referencia a un EE. SS de mayor complejidad: Esta actividad se registra dependiendo la capacidad resolutiva de cada Establecimiento de Salud, hacer la referencia según corresponda.
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero Referencia

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22
DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____							
26/03	78645511	2	Coracora	1	A M	PC	PESO	N	N	1. Neumonía debida a virus sincitial respiratorio	P	D	R		J121
					M		TALLA	E	E	2. Referencia a EE.SS con capacidad resolutiva	P	D	R		99700
	53230	80			D F	Pab	Hb	R	R		P	D	R		

En la Bronquitis Aguda

Considere en: En el ítem Código CIE: J209 en los menores de 08 años

DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____						(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
23/03	81240004	2	La Punta	5	A M M	PC	PESO	N	N	1. Bronquitis Aguda, no Especificada	P	D	R		J209
							TALLA	E	E		P	D	R		
	3570	80			D F	Pab	Hb	R	R		P	D	R		

En las Atenciones del Síndrome Obstructivo Bronquial (SOB) y Asma:

En Niños menores de 05 años

Considerar los siguientes códigos:

- J21 Bronquiolitis aguda
- J210 Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
- J211 Bronquiolitis aguda debida a metaneumovirus humano
- J218 Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados
- J219 Bronquiolitis aguda, no especificada
- J44 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
- J440 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores
- J441 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada
- J448 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas especificadas (usado por el personal médico quien además debe consignar el grado de severidad: Leve, Moderado o Severo)
- J449 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada (usado por personal no médico).
- J45 Asma
- J450 Asma predominantemente alérgica
- J451 Asma no alérgica
- J458 Asma mixta
- J459 Asma, no especificada (grado de severidad: Leve, Moderada o Severa)
- J46 Estado asmático (Asma aguda severa)

En el ítem Lab anote el **Grado de Severidad** de la Crisis (para los casos atendidos por el profesional Médico)

- LEV = Leve
- MOD = Moderado
- SEV = Severo

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22
DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____						(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
23/03	46284620	2	Cañete	1	A M M	PC	PESO	N	N	1. SOBA	P	D	R	MOD	J448
							TALLA	E	E		P	D	R		
	97245	80			D F	Pab	Hb	R	R		P	D	R		

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22
DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____						(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
23/03	41452475	2	Cañete	3	A M / M	PC	PESO	N	N	1. Asma, no especificada	P	D	R	SEV	J459
							TALLA	E	E		P	D	R		
	97245	80			D / F	Pab	Hb	R	R		P	D	R		

Personal No Médico

Nótese que la forma de registro es la misma, solo cambia la codificación, se debe utilizar el código J449

DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____						(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
23/03	46284620	2	Cañete	1	A M / M	PC	PESO	N	N	1. SOBA	P	D	R		J449
							TALLA	E	E		P	D	R		
	3570	80			D / F	Pab	Hb	R	R		P	D	R		

En la Bronquiolitis Aguda

Considere en: En el ítem Código CIE: J21, J210, J211, J218, J219, J44, J440, J441 en los menores de 02 años

DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____						(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
23/03	81240004	2	Cañete	1	A M / M	PC	PESO	N	N	1. Bronquiolitis aguda	P	D	R		J21
							TALLA	E	E		P	D	R		
	3570	80			D / F	Pab	Hb	R	R		P	D	R		

Nebulización, Inhaloterapia u Oxigenoterapia: Esta actividad la registra el personal que realiza la atención.

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

- En el 1º casillero la Oxigenoterapia o Nebulización o Inhaloterapia
- En el 2º casillero el diagnóstico que requiere la Nebulización o Inhaloterapia u Oxigenoterapia

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero en "D"
- En el 2º casillero en "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote el número procedimientos realizados

Código CIE/CPT: Registre los códigos asociados a cada diagnóstico/procedimiento según corresponda.

- 94664 nebulización o Inhaloterapia
- 94799.02 Oxigenoterapia

DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____						(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
23/03	46284620	2	San Juan de Miraflores	4	A M / M	PC	PESO	N	N	1. Nebulización	P	D	R	3	94664
							TALLA	E	E	2.SOBA	P	D	R		J449
	3570	80			D / F	Pab	Hb	R	R		P	D	R		

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA – DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad
A00	Cólera
A009	Cólera, no especificado
A010	Fiebre tifoidea
A011	Fiebre paratifoidea A.
A012	Fiebre paratifoidea B.
A013	Fiebre paratifoidea C.
A014	Fiebre paratifoidea, no especificada.
A020	Enteritis debido a Salmonella
A03	Shigelosis
A030	Shigelosis debida a *Shigella dysenteriae*
A039	Shigelosis de tipo no especificado
A040	Infección debida a *Escherichia coli* enteropatógena
A041	Infección debida a *Escherichia coli* enterotoxígena
A042	Infección debida a *Escherichia coli* enteroinvasiva
A043	Infección debida a *Escherichia coli* enterohemorrágica
A045	Enteritis debida a Campylobacter.
A049	Infección intestinal bacteriana, no especificada

Código	Diagnóstico/Actividad
A05	Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas, no clasificadas en otra parte
A059	Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada
A060	Disentería amebiana aguda
A07	Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios.
A071	Giardiasis [lambliasis]
A072	Criptosporidiosis
A080	Enteritis por rotavirus.
A082	Enteritis por Adenovirus.
A083	Otras enteritis virales
A084	Infección intestinal viral, sin otra especificación
A09	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado
A090	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso
A099	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado
A09X	EDA Persistente
R571	Choque hipovolémico.
E86X	Deshidratación / Depleción del volumen
99401.12	Consejería para la prevención de EDA
99344	Visita Domiciliaria
U310	Administración de tratamiento (zinc)
U310	Administración de tratamiento (SRO)

Para el registro de las EDA se deberá tener en cuenta lo siguiente:

Siempre se registrará la clasificación de la EDA seguido del grado de deshidratación, de acuerdo a la nueva codificación:

Clasificación de la EDA	Grado de Deshidratación	Se registra
Acuosa, Disentérica o Persistente	Sin Deshidratación	Solo el diagnóstico de EDA (según clasificación CIE10)
	Con Deshidratación	Diagnóstico de EDA + E86X Deshidratación (Depleción de volumen)
	Con Shock	Diagnóstico de EDA + R571 Shock (Shock Hipovolémico)

CLASIFICACIÓN DE LA DIARREA	CONCEPTO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO
Diarrea Aguda Acuosa	Deposiciones de consistencia disminuida.	A01.0 Fiebre tifoidea A01.1 Fiebre paratifoidea A. A01.2 Fiebre paratifoidea B. A01.3 Fiebre paratifoidea C. A01.4 Fiebre paratifoidea, no especificada. A02.0 Enteritis debido a Salmonella A04.0 Infección debida a Escherichia coli enteropatógena A04.1 Infección debida a Escherichia coli enterotoxígena A04.9 Infección intestinal bacteriana, no especificada A05 Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas, no clasificadas en otra parte A05.9 Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada A07 Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios. A07.1 Giardiasis [lambliasis] A07.2: Criptosporidiosis A08.0 Enteritis por rotavirus. A08.2 Enteritis por Adenovirus. A08.3 Otras enteritis virales A08.4 Infección intestinal viral, sin otra especificación A09 Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado A09.0 Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso A09.9 Gastroenteritis y colitis de origen no especificado
Diarrea Aguda Disentérica	Diarrea que contiene sangre y moco.	A03 Shigelosis A03.0 Shigelosis debida a *Shigella dysenteriae* A03.9 Shigelosis de tipo no especificado. A04.2 Infección debida a *Escherichia coli* enteroinvasiva A04.3 Infección debida a *Escherichia coli* enterohemorrágica A04.5 Enteritis debida a Campylobacter. A06.0 Disentería amebiana aguda

Diarrea Persistente	Diarrea de 14 o más días de duración, considerándose crónica cuando las deposiciones persisten por más de cuatro semanas.	A09X EDA Persistente

<u>En las Atenciones de las Enfermedad Diarreica Aguda</u>, registre:
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote claramente:

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2º casillero el tipo de deshidratación si tuviera
- En el 3 º casillero la Administración de tratamiento (zinc)

En el ítem: Tipo de diagnóstico para todas las actividades marque "**D**"
En el ítem: Lab anote la sigla **"ZN"** para indicar que se administró el sulfato de zinc.
En el ítem: Lab anote la sigla **"SRO"** para indicar que se administró el sulfato de zinc.

EDA SIN COMPLICACIÓN: Es decir sin deshidratación, para lo cual sólo registre:
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote claramente:

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2 º casillero la Administración de zinc
- En el 3 º casillero la Administración de SRO

En el ítem: Tipo de diagnóstico para todas las actividades marque "**D**"
En el ítem: Lab anote la sigla **"ZN"** para indicar que se administró el sulfato de zinc.
En el ítem: Lab anote la sigla **"SRO"** para indicar que se administró el sulfato de zinc.

DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12									P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____					(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
23/03	46284620	1	San Juan de Miraflores	4	A M	PC	PESO		N	N	1. Infección intestinal viral, sin otra especificación	P	D	R		A084
							TALLA		C	E	2. Administración de Zinc	P	D	R	ZN	U310
	3570	80			D F	Pab	Hb		R	R	3. Administración de SRO	P	D	R	SRO	U310

EDA CON COMPLICACIÓN: Es decir con Deshidratación o Shock, para lo cual registre el diagnóstico de la EDA, seguido del tipo de deshidratación y administración de zinc, de la siguiente manera:

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

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10
- En el 2 º casillero registrar: Deshidratación/depleción de volumen (E86X) o Choque Hipovolémico (R571)
- En el 3 º casillero la Administración de zinc y/o sales de rehidratación oral.

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

En el ítem: Lab anote la sigla **"ZN"** y/o **"SRO"**, para indicar que se administró el sulfato de zinc o las sales de rehidratación oral, **luego de mejorar el estado de hidratación del niño o niña. (Sin deshidratación)**

DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA		ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12									P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____					(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
10/04	46284620	1	San Juan de Miraflores	5	A M	PC	PESO		N	N	1. Shigelosis de tipo no especificado	P	D	R		A039
							TALLA		C	E	2. Shock Hipovolémico	P	D	R		R571
	3570	80			D F	Pab	Hb		R	R	3. Administración de Zinc	P	D	R	ZN	U310

EDA DISENTÉRICA

DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12												
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
10/04	46284620	1	Lince	5	A M	PC	PESO	N	N	1. Disentería amebiana aguda	P	X	R		A060
							TALLA	E	E	2. Deshidratación	P	X	R		E86X
	3570	80			D F	Pab	Hb	R	R	3. Administración de Zinc	P	X	R	ZN	U310

DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12												
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
10/04	46284620	1	Lince	5	A M	PC	PESO	N	N	1. Disentería amebiana aguda	P	X	R		A060
							TALLA	E	E	2. Administración de Zinc	P	X	R	ZN	U310
	3570	80			D F	Pab	Hb	R	R		P	X	R		

EDA PERSISTENTE

DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12												
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
10/04	46284620	1	Lince	5	A M	PC	PESO	N	N	1. EDA Persistente	P	X	R		A09X
							TALLA	E	E	2. Deshidratación	P	X	R		E86X
	3570	80			D F	Pab	Hb	R	R	3. Administración de Zinc	P	X	R	ZN	U310

No se utilizará el código de Suplementación "Z298" para el Zinc, por ser administrado como tratamiento para la EDA y no como Suplemento Nutricional.

Se recomienda que la demostración de la primera toma de sulfato de zinc, sea brindada por un personal de salud (u otro que haya sido capacitado previamente) dentro del establecimiento de salud (triaje, consultorio, u otro espacio identificado para tal fin). Además, se brindará una consejería sobre los cuidados en el hogar para tratar la diarrea.

Cuando se realiza la consejería sobre los cuidados en el hogar para tratar la diarrea y evitar episodios futuros:
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote claramente

- En el 1º casillero el diagnóstico de EDA

En el 2º casillero Consejería

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero SIEMPRE "R"
- En el 2º casillero SIEMPRE "D"

En el Ítem Lab, anote:

- En el 2º casillero: Registrar la cantidad de consejerías , según corresponda "1,2,3"

DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12												
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
10/04	46284620	1	Lince	5	A M	PC	PESO	N	N	1. Infección intestinal viral, sin otra especificación	P	D	X		A084
	3570						TALLA	E	E	2. Consejería para la prevención de EDA	P	X	R	1	99401.12
		80			D F	Pab	Hb	R	R		P	D	R		

Cuando se realiza una cita de control la verificación del consumo de zinc en el establecimiento de salud:
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote claramente

- En el 1º casillero el diagnóstico de EDA
- En el 2º casillero Consejería

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero SIEMPRE "R"
- En el 2º casillero SIEMPRE "D"

En el Ítem Lab, anote:

- En el 2º casillero "2, 3, 4…según corresponda"

DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
13/04	46284620	1	Lince	5	A / M	PC	PESO	N	N	1. Infección intestinal viral, sin otra especificación	P	D	X		A084
	3570				M		TALLA	E	E	2. Consejería para la prevención de EDA	P	X	R	2	99401.12
		80			D / F	Pab	Hb	R	R		P	D	R		

Cuando la verificación del consumo de zinc se realiza en el domicilio: Se sugiere que se realice al 3er y 7mo día de tratamiento con Zinc.
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote claramente

- En el 1º casillero el diagnóstico de EDA
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria
- En el 3º casillero Consejería

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero SIEMPRE "R"
- En el 2º y 3º casillero SIEMPRE "D"

En el Ítem Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita "1, 2, 3…según corresponda"
- En el 3º casillero el número de la consejería "2, 3… según corresponda"

DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
13/04	46284620	1	Lince	5	A / M	PC	PESO	N	N	1. Infección intestinal viral, sin otra especificación	P	D	X		A084
					M		TALLA	E	E	2. Visita Domiciliaria	P	X	R	1	99344
	3570	80			D / F	Pab	Hb	R	R	3. Consejería para la prevención de EDA	P	X	R	2	99401.12

Cuando se realiza una referencia a un EE. SS de mayor complejidad: Esta actividad se registra dependiendo la capacidad resolutiva de cada Establecimiento de Salud, hacer la referencia según corresponda.
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote

- En el 1º casillero el tipo de diagnóstico según la CIE10, como presuntivo.
- En el 2º casillero Referencia

7	8	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20			21	22
DIA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	H.C	10	12								P	D	R		
	FICHA FAMILIAR	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: _____/_____/_____				(*)FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____					
26/03	78645511	2	Coracora	1	A / M	PC	PESO	N	N	1. Fiebre tifoidea	X	D	R		A01.0
					M		TALLA	E	E	2. Referencia a EE.SS con capacidad resolutiva	P	X	R		99700
	53230	80			D / F	Pab	Hb	R	R		P	D	R		