

ADENDA DE REGISTRO HIS 2017

ACTIVIDAD ESTRATÉGICA N° 1 SESIÓN DEMOSTRATIVA DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS (NIÑOS Y GESTANTES)

DICE: (Pag. 85)

⇒ Sesión Demostrativa

Con niños menores de 12 meses:

1ª Sesión Demostrativa: A los 05 meses. Alimentación complementaria con énfasis en suplementación con Multimicronutrientes, lavado de manos y la lactancia materna prolongada.

2ª Sesión Demostrativa: A los 11 meses. Alimentación complementaria con énfasis en suplementación con Multimicronutrientes, lavado de manos y la lactancia materna prolongada.

Estas sesiones demostrativas se realizan en un local comunal u otro que crea convenientes, usando los materiales disponibles para tal fin.]

Con Niños de 01 y 02 años:

1ª Sesión Demostrativa: A los 18 meses reforzando la alimentación complementaria, con lactancia materna prolongada y suplementación con hierro o multimicronutrientes. Tiempo de duración 03 horas por sesión.

Estas sesiones demostrativas se realizan en un local comunal u otro que crea convenientes, usando los materiales disponibles para tal fin.

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de familias
- En el 2º casillero el número de sesión 1 ó 2 según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	Lab	CÓDIGO CIE / CPT		
28	APP136			Camaná		M	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0010
							C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U0012
							F	R	3.	P	D	R		

Con gestantes

1ª Sesión Demostrativa: Al primer trimestre se brindara orientación en alimentación saludable, lavado de manos, suplementación de hierro. Tiempo de duración 03 horas por sesión.

2ª Sesión Demostrativa: Tercer trimestre se brindará orientación en lavado de manos, técnicas de amamantamiento, extracción y conservación de la leche materna y forma adecuada de alimentar al niño. Tiempo de duración 03 horas por sesión.

Estas sesiones demostrativas se realizan en un local comunal u otro que crea convenientes, usando los materiales disponibles para tal fin.

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote: **APP152 Actividades con Gestante**

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

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividades de Articulado Nutricional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambos casos

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero el número de familias
- En el 2º casillero el número de sesión 1 ó 2 según corresponda

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	Lab	CÓDIGO CIE / CPT		
28	APP152			Camaná		M	N	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	15	C0010
							C	C	2. Actividades de Articulado Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U0012
							F	R	3.	P	D	R		

DEBE DECIR:

Definición Operacional: Es una actividad educativa de “aprender haciendo”, en la cual las familias con niñas y niños menores de 36 meses y gestantes y con énfasis en las familias con niños de 6 a 11 meses de edad, en el cual realizan sesiones demostrativas para aprender a combinar los alimentos en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño y de la gestante. Estas sesiones demostrativas se desarrollan en un local comunal, centros de promoción y vigilancia comunal u otros espacios que se cuenten en la comunidad, usando los materiales e insumos disponibles para tal fin.

En familias con niñas y niños menores de 36 meses:

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

- En el 1º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque SIEMPRE “D”

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero tema de la sesión demostrativa, según corresponda.
 - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva o prolongada
 - **ALI:** Preparación de alimentos
 - **MN:** Administración del Micronutriente
 - **SBU:** Salud Bucal

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R		
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____															
	12535481		Camaná	6	M	PC				1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0010
							TALLA			2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		
							Hb			3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		


Temas a enfatizar, según grupo de edad:

- **Recién nacido y niños menores de 6 meses:** Lactancia materna exclusiva (incluye lavado de manos) y Salud bucal.
Para este grupo de edad solo registrar LME y/o SBU.
- **Niños entre los 06 y 11 meses:** Sesión demostrativa de preparación de alimentos con énfasis en el consumo de alimento de origen animal rico en hierro (incluye lavado de manos), Administración del micronutriente y Salud bucal.
Para este grupo de edad solo registrar ALI, MN y/o SBU.
- **Niños a partir de los 12 meses:** Sesión demostrativa de preparación de alimentos con énfasis en el consumo de alimento de origen animal rico en hierro (incluye lavado de manos), Administración del micronutriente y Salud bucal.

En gestantes:

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

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque SIEMPRE "D"

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero Trimestre de gestación, según corresponda
- En el 2º casillero Tema de la sesión demostrativa, según corresponda
 - **LME:** Lactancia Materna Exclusiva
 - **ALI:** Preparación de alimentos

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R		
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Cordova Sanchez															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___															
45366704		Combapata		28	M	PC				1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	2	Z359
					M					2. Sesión demostrativa	P	D	R	ALI	C0010
					D	Pab				3.	P	D	R		



Temas a enfatizar, según trimestre de gestación:

- **En el primer y segundo trimestre:** Sesión demostrativa de preparación de alimentos con énfasis en el consumo de alimento de origen animal rico en hierro (incluye lavado de manos). Para este trimestre de gestación solo registrar ALI.
- **En el tercer trimestre:** Sesión demostrativa de preparación de alimentos con énfasis en el consumo de alimento de origen animal rico en hierro (incluye lavado de manos) y Técnicas de amamantamiento, extracción y conservación de la leche materna. Para este trimestre de gestación solo registrar ALI y/o LME.

Cuando la Sesión Demostrativa se realice en Centros de Promoción y Vigilancia Comunal:

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

Para **Familias con Niños**:

- En el 1º casillero Sesión demostrativa

Para **Gestantes**:

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Sesión demostrativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque SIEMPRE "D"

En el ítem Lab se registrará:

- En el casillero tema de la sesión demostrativa, según corresponda.
- En el casillero siguiente marque "AE"

Niños menores de 3 años:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R		
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <u>Juan Carlos Cáceres Limpe</u> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___															
	12535481		Camaná	6	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC				1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	ALI	C0010
					<input checked="" type="checkbox"/> M					2.	P	D	R	AE	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab				3.	P	D	R		

Gestantes:

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
		10	12								P	D	R		
HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO (*)												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: <u>Juana Cordova Sanchez</u> FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___															
	45366704		Combapata	28	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC				1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	2	Z359
					<input checked="" type="checkbox"/> M					2. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	ALI	C0010
					<input checked="" type="checkbox"/> D	Pab				3.	P	D	R	AE	

Algunas precisiones:

1. Generalmente las sesiones demostrativas son actividades extramurales, donde es difícil tener disponible el número de Historia Clínica, por lo tanto es suficiente registrar el número de DNI en la Hoja HIS y el digitador podrá ingresarlo con su N° de Historia clínica autoguardada en el sistema o duplicar el N° de DNI del niño (a) ó gestante.
2. Según la metodología establecida para cada actividad, solo se podrá registrar un máximo de hasta 2 sesiones por niño (a) ó gestante al día:

Ejem:

Si el personal de salud realiza una sesión demostrativa de preparación de alimentos y salud bucal, solo deberá colocar en el siguiente campo lab el tipo de sesión realizada (ALI, MN y/o SBU)

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								P	D	R				
HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
12535481			Camaná	6	A	M	PC	PESO		N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ALI	C0010
					<input checked="" type="checkbox"/>												
					D	F	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P		D	R	
							Hb		R	R	3.	P		D	R		

En el caso que sea realizado por diferente personal de salud deberán registrar individualmente con las UPSS que le corresponde.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT		
		10	12								P	D	R				
HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO (*)															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe																	
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____																	
12535481			Camaná	6	A	M	PC	PESO		N	N	1. Sesión demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SBU	C0010
					<input checked="" type="checkbox"/>												
					D	F	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P		D	R	
							Hb		R	R	3.	P		D	R		

**3. Para aquellas sesiones demostrativas en niños, niñas y gestantes que NO cuenten DNI:**

- Escribir "S/D", para especificar que no tiene Documento de Identidad.
- En el campo de Historia Clínica dejar en blanco, y el digitador duplicará el código autogenerated por el sistema en el Documento de Identidad

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								ETNIA	CENTRO POBLADO (*)	P		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juan Carlos Cáceres Limpe FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___															
	S/D		Camaná	6	M	PC				1. Sesión demostrativa	P	D	R	ALI	C0010
					M					2.	P	D	R		
					F	Pab				3.	P	D	R		
							TALLA		C	C					
							Hb		R	R					