



# **REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA PARA LA DESPARASITACIÓN PREVENTIVA CONTRA GEOHELMINTOS EN EL PERÚ**

**Sistema de Información HIS**

**2018**

## DESPARASITACION PREVENTIVA CONTRA GEOHELMINTOS

**Definición Operacional:** Intervención que tiene como objetivo asegurar la administración de profilaxis antiparasitaria para todas las personas a partir de los 2 años de edad, especialmente en zonas críticas, como una acción priorizada para disminuir la aparición de enfermedades diarreicas agudas, anemia por deficiencia de hierro y desnutrición crónica infantil.

### ESQUEMA DE DESPARASITACIÓN PREVENTIVA

ANTIPARASITARIO	DOSIS	FRECUENCIA ANUAL	DURACIÓN TOTAL
Albendazol (tableta o suspensión)	400mg dosis única	1 dosis cada 6 meses	5 años
Mebendazol (tableta o suspensión)	500mg dosis única		

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

- En el 1º casillero Administración de Profilaxis Antiparasitaria.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

Para todas las actividades marque SIEMPRE “D”

En el ítem Lab se registrará:

- En el 1º casillero número de Administración de Profilaxis Antiparasitaria 1 ó 2, si corresponde a la primera o segunda Administración de Profilaxis Antiparasitaria.

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)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		DNI		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																											
						302101 6 301101																																																											
1																						NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		Clara Lopez Pérez		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				(*)FECHA DE NACIMIENTO:				07170760		1		Callao		2		M		M		PC		PESO		N		N		1. Administración de Profilaxis Antiparasitaria		P		X		R		1		Z292	
2																						NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:				(*)FECHA DE NACIMIENTO:																																			

**RECUERDA:**

- Llenar el Nombre y Apellido completos y con letra legible en el formato. Si el niño no cuenta con DNI, no es una condición para no administrar la profilaxis antiparasitaria. **Registre en HC CD0000000<sup>1</sup>**
- Si la desparasitación se realiza fuera del establecimiento, en la condición de ingreso al establecimiento y servicio siempre se deberá registrar “C” para no generar atendidos por la actividad, solo atenciones.
- En la UPSS, se deberá registrar el código 301101 Enfermedades Infecciones/Infectología **solo en Hospitales** y para establecimientos del I nivel de atención (Centros y Puestos de Salud) el código **302101 Atención en Salud Familiar y Comunitaria**

**NO OLVIDAR:**

Las atenciones deberán ser registradas **ÚNICA** y **EXCLUSIVAMENTE** a través del HIS MINSAs (Escenario 3) y no en otras aplicaciones.

<sup>1</sup> El Sistema HIS genera un código al niño sin DNI, pero con datos completos, de tal modo que registre en HC y se contabilice la atención.