



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

Dirección de Prevención y Control del Cáncer



2022



PERÚ

Ministerio de Salud



Siempre con el pueblo

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

Dirección de Prevención y Control del Cáncer

Sistema de Información HIS

Lima – Perú
2022

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°. 2022

“Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer
Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
(MINSA/OGTI/DGIESP).

Equipo de Trabajo:

Dra. Mercedes Helga Egües Tapia-Equipo Técnico DPCAN - DGIESP
Dra. Margoth Jackeline León Sánchez- Equipo Técnico DPCAN - DGIESP
Dra. Essy Milagros Maradiegue Chirinos- Equipo Técnico DPCAN - DGIESP
Dr. Carlos Luis Santos Ortiz - Equipo Técnico DPCAN - DGIESP
Lic. Enf. Marlene Esther Goyburu Molina - Equipo Técnico DPCAN - DGIESP
Obsta. Andrea Matos Orbegozo - Equipo Técnico DPCAN - DGIESP
Obsta. Daphne Yakelin Malqui Flores - Equipo Técnico DPCAN - DGIESP
Obsta. María Del Carmen Caruhapoma Ortega - Equipo Técnico DPCAN - DGIESP
Obsta. Jessy Lu Chang Chang - Equipo Técnico DPCAN - DGIESP
Lic. Flor De María Celene Loarte Ramos - Equipo Técnico DPCAN - DGIESP
Ing. María de Fatima Villar Peña - Equipo Técnico DPCAN - DGIESP
Ing. Carlos Adolfo Chuquiyauri Haro - Equipo Técnico DPCAN - DGIESP
Lic. María Claudia La Rosa Pérez - Equipo Técnico DPCAN - DGIESP
Q.F. Javier Teodoro Sosa Cabezas - Equipo Técnico DPCAN - DGIESP
Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga - Director Ejecutivo (e) OGEI - OGTI
Ing. Adhemir Reynel Bellido Delgado - Equipo Técnico OGEI - OGTI

Apoyo Administrativo:

Adm. Lucía Del Carmen Barrios Huaytán - Equipo Técnico OGEI - DPCAN - DGIESP
Adm. Danya Roman Vargas - Equipo Técnico OGEI - DPCAN - DGIESP

Diseño y Diagramación

Lic. Julie Guillen Ramos - Equipo Técnico OGEI - OGTI

@ MINSA- Mayo 2022.

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú
Telf.: (51-1) 315-6600
www.gob.pe/minsa
webmaster@minsa.gob.pe

1ra Edición, Mayo 2022



JORGE ANTONIO LÓPEZ PEÑA
Ministro de Salud

JOEL CANDIA BRICEÑO
Viceministro de Salud Pública

AUGUSTO MAGNO TARAZONA FERNÁNDEZ
Viceministro de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

MARÍA ELENA JUSCAMAITA ARANGUENA
Secretaria General

ALEXIS MANUEL HOLGUÍN RUÍZ
Dirección General de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

VÍCTOR ALEX PALACIOS CABREJOS
Director Ejecutivo de la Dirección
de Prevención y Control de Cáncer

MELVIN ANGEL GAGO RODRIGO
Director General de la Oficina General de
Tecnologías de la Información

LUIS PEDRO VALERIANO ARTEAGA
Director Ejecutivo de la Oficina de
Gestión de la Información

INTRODUCCIÓN

1. CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER	12
1.1. Consultorio Externo (Presencial)	12
1.2. Telemedicina (TIC)	12
2. CONSEJERÍA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER.....	13
3. TAMIZAJE EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO	13
3.1. Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Citología / Papanicolaou (PAP)	13
3.2. Tamizaje de Cuello Uterino por Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	15
3.3. Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Detección Molecular del VPH (DM_VPH)	16
4. TAMIZAJE EN CÁNCER DE MAMA	19
4.1. Tamizaje en Cáncer de Mama con Examen Clínico de Mama (ECM)	19
4.2. Tamizaje en Cáncer de Mama con Mamografía Bilateral de Tamizaje	20
5. TAMIZAJE EN CÁNCER DE COLON-RECTO	21
5.1. Indicación del Test de Sangre Oculta en Heces	21
5.2. Entrega de Resultado del Test de Sangre Oculta en Heces	22
6. TAMIZAJE EN CÁNCER DE PRÓSTATA.....	23
6.1. Indicación del Examen de Antígeno Prostático	23
6.2. Entrega de Resultado del Examen de Antígeno Prostático	24
7. TAMIZAJE EN CÁNCER DE PIEL	25
7.1. Examen Clínico de Piel	25
8. MANEJO DE LESIONES PRE MALIGNAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	26
8.1. Mujer Examinada con Triage Visual para el Tratamiento	26
8.2. Mujer Examinada con Colposcopia	28
8.3. Atención de la Paciente con Lesiones Pre Malignas de Cuello Uterino con Ablación	
8.4. Atención de Pacientes con Lesiones Pre Malignas de Cuello Uterino con Tratamiento Escisional	28
9. PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER	29
9.1. Mujer Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Cuello Uterino	29
9.2. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Próstata	29
9.3. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Colon-Recto	30
9.4. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Estómago	31
9.5. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Piel	31
9.6. Persona atendida con Procedimiento de Biopsia de Pulmón	31
9.7. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Hígado	32
9.8. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Ganglio	32
9.9. Persona Atendida con Procedimiento de Aspirado de Médula Ósea	33
9.10. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia Médula Ósea	33
9.11. Entrega de Resultado para el Diagnóstico y Estadaje de Cáncer	34
10. TRATAMIENTO DE CÁNCER	36
11. ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS	38

I. GENERALIDADES

1.1. Actividades, Procedimiento y Diagnóstico más frecuentes en Prevención y Control del Cáncer.

Código	Diagnóstico/Actividad
Consejería Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer	
99402.08	Consejería Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer.
99499.08	Teleorientación Sincrona.
99401.26	Consejería para pacientes diagnosticados con Cáncer.
Tamizaje en Cáncer de Cuello Uterino	
88141	Citopatología Cervicveal o Vaginal y Tamizaje Manual (Papanicolaou).
R876	Hallazgos Anormales en Muestras Tomadas de Órganos Genitales Femeninos Hallazgos Citológicos Anormales y Frotis Anormal de Papanicolaou
N870	Displasia Cervical Leve / Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado 1 (NIC1) /LIE Bajo Grado.
N871	Displasia Cervical Moderada / Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado 2 (NIC2) /LIE Alto Grado.
N872	Displasia Cervical Severa/Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado 3 (NIC 3) /LIE Alto Grado.
D069	Carcinoma In Situ del Cuello d el Útero parte no especificada / Neoplasia Intraepitelial.
C539	Tumor Maligno del Cuello del Útero sin otra especificación
88141.01	Inspección Visual con Ácido Acético.
87621	Detección Molecular VPH.
Tamizaje en Cáncer de Mama	
99386.03	Examen Clínico de Mama.
N63X	Masa no Especificada en la Mama.
77057	Mamografía Bilateral de Tamizaje.
Categoría de evaluación BI-RADS	
0 = Evaluación Adicional (BI RADS 0).	
1 = Negativa (BI RADS 1).	
2 = Benigna (BI RADS 2).	
3 = Probablemente Benigna (BI RADS 3).	
4 = Anormalidad Sospechosa (BI RADS 4).	
5 = Altamente Sugestiva de Malignidad (BI RADS 5).	
6 = Malignidad Conocida (Bi RADS 6).	

Código	Diagnóstico/Actividad
Tamizaje en Cáncer de Colon y Recto	
82270	Test Sangre Oculta en Heces.
Tamizaje en Cáncer de Próstata	
84152	Examen de Antígeno Prostático.
Tamizaje en Cáncer de Piel	
Z128	Examen Clínico de Piel.
Manejo de Lesiones Pre Malignas de Cáncer de Cuello Uterino	
57452	Colposcopia de Cérvix incluyendo la parte superior o Adyacente de la Vagina.
57500	Toma de Biopsia Exocervical.
58100	Toma de Biopsia Endocervical (Curetaje).
57510	Termocoagulación.
57511	Crioterapia.
57522	Cono Leep.
57520	Cono Frio.
B977	Virus Papiloma Humano (VPH)
Procedimiento para el diagnóstico del Cáncer de Cuello Uterino	
57500	Biopsia de Cuello Uterino.
58100	Biopsia Endocervical
CIE 10 - Cáncer de Cuello Uterino	
C530	Tumor Maligno Endocervix (Adenocarcinoma).
C531	Tumor Maligno Exocervix (Carcinoma Epidermoide).
C538	Tumor Maligno de Sitios Contiguos del Cuello del Útero.
C539	Tumor Maligno del Cuello del Útero Sin Otra Especificación.
N870	Displasia Cervical Leve / Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado 1 (NIC1) / LIE
	Bajo Grado.
N871	Displasia Cervical Moderada / Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado 2 (NIC2) /LIE Alto Grado.
N872	Displasia Cervical Severa/Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado 3 (NIC 3) /LIE Alto Grado.
D069	Carcinoma In Situ del Cuello del Útero parte no especificada / Neoplasia Intraepitelial.
Procedimiento para el diagnóstico del Cáncer de Mama	
19100	Biopsia Percutánea de Mama Con Aguja

Código Diagnóstico/Actividad

- Trocar, Sin Guía de Imágenes.
 19101 Biopsia Mamaria a Cielo Abierto.
 19102 Biopsia Percutánea de Mama con Imágenes.

CIE 10 - Cáncer de Mama

- C500 Tumor Maligno del Pezón y Areola Mamaria.
 C501 Tumor Maligno de la Porción Central de la Mama.
 C502 Tumor Maligno del Cuadrante Superior Interno de la Mama.
 C503 Tumor Maligno del Cuadrante Inferior Interno de la Mama.
 C504 Tumor Maligno del Cuadrante Superior Externo de la Mama.
 C505 Tumor Maligno del Cuadrante Inferior Externo de la Mama.
 C506 Tumor Maligno de la Prolongación Axilar de la Mama.
 C508 Lesión de Sitios Contiguos de la Mama.
 C509 Tumor Maligno de la Mama Parte No Especificada.

Procedimiento para el diagnóstico del Cáncer de Próstata

- 55700 Biopsia de Próstata.

CIE 10 - Cáncer de Próstata

- C61X Tumor Maligno de Próstata.

Procedimiento para el diagnóstico del Cáncer de Colon y Recto

- 44389 Colonoscopia Con Biopsia.
 CIE 10 - Cáncer de Colon y Recto
 C19X Tumor Maligno de la Unión Rectosigmoidea.
 C20 Tumor Maligno del Recto.
 C180 Tumor Maligno del Ciego.
 C181 Tumor Maligno del Apéndice.
 C182 Tumor Maligno del Colon Ascendente.
 C183 Tumor Maligno del Angulo Hepático.
 C184 Tumor Maligno del Colon Transverso.
 C185 Tumor Maligno del Angulo Esplénico.
 C186 Tumor Maligno del Colon Descendente.
 C187 Tumor Maligno del Colon Sigmoide.
 C188 Lesión de Sitios Contiguos del Colon.
 C189 Tumor Maligno del Colon parte no especificada.

Procedimiento para el diagnóstico del Cáncer de Estómago

- 43600 Biopsia de Estómago.

CIE 10 - Cáncer de Estómago

- C160 Tumor Maligno del Cardias.
 C161 Tumor Maligno del Fundus Gástrico.

Código Diagnóstico/Actividad

- C162 Tumor Maligno del Cuerpo del Estómago.
 C163 Tumor Maligno del Antro Pilórico.
 C164 Tumor Maligno del Píloro.
 C165 Tumor Maligno de la Curvatura Menor del Estómago, Sin Otra Especificación.
 C166 Tumor Maligno de la Mayor del Estómago, Sin Otra Especificación.
 C168 Tumor Maligno de Sitios Contiguos del Estómago.
 C169 Tumor Maligno del Estómago.

Procedimiento para el diagnóstico del Cáncer de Piel

- 11100 Biopsia de Piel.

CIE 10 - Cáncer de Piel

- C430 Melanoma Maligno del Labio.
 C431 Melanoma Maligno del Párpado Incluida la Comisura Palpebral.
 C432 Melanoma Maligno de la Oreja y del Conducto Auditivo Externo.
 C433 Melanoma Maligno de las Otras Partes y las No Especificadas de la Cara.
 C434 Melanoma Maligno del Cuero Cabelludo y del Cuello.
 C435 Melanoma Maligno del Tronco.
 C436 Melanoma Maligno del Miembro Superior Incluido el Hombro.
 C437 Melanoma Maligno del Miembro Inferior Incluida la Cadera.
 C438 Melanoma Maligno de Sitios Contiguos de la Piel.
 C439 Melanoma Maligno de Piel Sitio No Especificado.
 C440 Tumor Maligno de la Piel del Labio.
 C441 Tumor Maligno de la Piel del Párpado, incluida la comisura Palpebral.
 C442 Tumor Maligno de la Piel de la Oreja y del Conducto Auditivo Externo.
 C443 Tumor Maligno de la Piel de otras partes y de las no especificadas de la cara.
 C444 Tumor Maligno de la Piel del Cuero Cabelludo y del Cuello.
 C445 Tumor Maligno de la Piel del Tronco.
 C446 Tumor Maligno de la Piel del Miembro Superior, Incluido el Hombro.
 C447 Tumor Maligno de la Piel del miembro Inferior, incluido la cadera.
 C448 Tumor Maligno de sitios contiguos de la Piel.

Código Diagnóstico/Actividad

C449 Tumor Maligno de Piel, Sitio No Especificado.

Procedimiento para el diagnóstico del Cáncer de Pulmón

32405 Biopsia de Pulmón.
 32400 Biopsia Pleural.

CIE 10 - Cáncer de Pulmón

C340 Tumor Maligno del Bronquio principal.
 C341 Tumor Maligno del Lóbulo superior, Bronquio o Pulmón.
 C342 Tumor Maligno del Lóbulo medio, Bronquio o Pulmón.
 C343 Tumor Maligno del Lóbulo inferior, Bronquio o Pulmón.
 C348 Tumor Maligno de sitios contiguos de los Bronquios y del Pulmón.
 C349 Tumor Maligno de los Bronquios o del Pulmón, parte no Especificada.

Procedimiento para el diagnóstico del Cáncer de Hígado

47000 Biopsia Hepática.

CIE 10 - Cáncer de Hígado

C220 Carcinoma de Celulas Hepaticas.
 C221 Carcinoma de Vías Biliares Intrahepaticas.
 C222 Hepatoblastoma.
 C223 Angiosarcoma del Hígado.
 C224 Otros Sarcomas del Hígado.
 C227 Otros Carcinomas Especificados del Hígado.
 C229 Tumor Maligno del Hígado No Especificado.

Procedimiento para el diagnóstico del Cáncer de Ganglio

38500 Biopsia Ganglio.

CIE 10 - Cáncer de Ganglio

C810 Linfoma Hodgkin
 C811 Linfoma de Hodgkin Clásico con Esclerosis Nodular.
 C812 Linfoma de Hodgkin Clásico con Celularidad Mixta.
 C813 Linfoma de Hodgkin Clásico con Depleción Linfocítica.
 C814 Linfoma de Hodgkin Clásico Rico en Linfocitos.
 C817 Otros Tipos de Linfoma Clásico de Hodgkin.

Código Diagnóstico/Actividad

C819 Linfoma de Hodgkin No Especificada.
 C820 Linfoma Folicular Grado I.
 C821 Linfoma Folicular Grado II.
 C822 Linfoma Folicular Grado III No Especificado.
 C823 Linfoma Folicular Grado IIIA.
 C824 Linfoma Folicular Grado IIIB.
 C825 Linfoma Centro Folicular Difuso.
 C826 Linfoma Centro Folicular Cutáneo.
 C827 Otros Tipos Especificados de Linfoma Folicular.
 C829 Linfoma Folicular Sin Otra Especificación.
 C830 Linfoma De Células B Células Pequeñas.
 C831 Linfoma De La Zona Del Manto.
 C832 Linfoma No Hodgkin Mixto De Células Pequeñas Y Grandes (Difuso).
 C833 Linfoma De Células B Grandes.
 C834 Linfoma No Hodgkin Inmunoblástico (Difuso).
 C835 Linfoma Linfoblástico (Difuso).
 C836 Linfoma No Hodgkin Indiferenciado (Difuso).
 C837 Linfoma De Burkitt.
 C838 Otros Linfomas No Foliculares.
 C839 Linfoma No Folicular (Difuso) Sin Otra Especificación.
 C840 Micosis Fungoide.
 C841 Enfermedad De Sezary.
 C842 Linfoma De Zona T.
 C843 Linfoma Linfoepitelioide.
 C844 Linfoma De Células T Periferico No Clasificado En Otra Parte.
 C845 Otros Linfomas De Células T / NK Maduras.
 C846 Linfoma Anaplásico De Células Grandes ALK Positivo.
 C847 Linfoma Anaplásico De Células Grandes ALK Negativo.
 C848 Linfoma Cutáneo De Células T No Especificado.
 C849 Linfoma De Células T/NK Maduras No Especificado.
 C850 Linfosarcoma.
 C851 Linfoma De Células B Sin Otra Especificación.
 C852 Linfoma De Células B Grandes Mediastinal (Timo).
 C857 Otros Tipos Especificados De Linfoma No Hodgkin.
 C859 Linfoma no Hodgkin.
 C963 Linfoma Histiocítico Verdadero.

Procedimiento para el diagnóstico del Cáncer de Medula Ósea

85095 Aspirado de Médula Ósea (Mielograma).
 85102 Biopsia de Medula Ósea.
 CIE 10 - Cáncer de Medula Ósea
 C901 Leucemia De Celulas Plasmáticas.
 C910 Leucemia linfoblástica Aguda.

Código Diagnóstico/Actividad

- C911 Leucemia Linfocítica Crónica.
- C912 Leucemia Linfocítica Subaguda.
- C913 Leucemia Prolinfocítica de Células B.
- C914 Leucemia De Células Vellozas.
- C915 Leucemia/Linfoma de Células T Adultas (Asociada A Htlv-1).
- C916 Leucemia Polimorfocítica de Células T.
- C917 Otras Leucemias Linfoides.
- C918 Leucemia De Células B Maduras Tipo Burkitt.
- C919 Leucemia Linfoide Sin Otra Especificación.
- C920 Leucemia Mieloide Aguda.
- C921 Leucemia Mieloide Crónica.
- C922 Leucemia Mieloide Crónica Atípica BCR/ ABL-Negativa.
- C923 Sarcoma Mieloide.
- C924 Leucemia Promielocítica Aguda.
- C925 Leucemia Mielomonocítica Aguda.
- C926 Leucemia Mieloide Aguda Con Anormalidad.
- C927 Otras Leucemias Mieloides.
- C928 Leucemia Mieloide Aguda Con Displasia Multilinaje.
- C929 Leucemia Mieloide Sin Otra Especificación.
- C930 Leucemia Monoblástica/Monocítica Aguda.
- C931 Leucemia Mielomonocítica Crónica.
- C932 Leucemia Monocítica Subaguda.
- C933 Leucemia Mielomonocítica Juvenil.
- C937 Otras Leucemias Monocíticas.
- C939 Leucemia Monocítica Sin Otra Especificación.
- C940 Leucemia Eritroide Aguda.
- C941 Eritremia Crónica.
- C942 Leucemia Megacarioblastica Aguda.
- C943 Leucemia De Mastocitos.
- C944 Panmielosis Aguda Con Mielofibrosis.
- C945 Mielofibrosis Aguda.
- C946 Enfermedad Mielodisplásica Y Mieloproliferativa No Clasificada.
- C947 Otras Leucemias Especificadas.
- C950 Leucemia Aguda Células De Tipo No Especificado.
- C951 Leucemia Crónica Células De Tipo No Especificado.
- C952 Leucemia Subaguda Células De Tipo No Especificado.
- C957 Otras Leucemias De Células De Tipo No Especificado.
- C959 Leucemia No Especificada.

Tratamiento de Cáncer

- 90780 Supervisión médica directa.
- 96410 Administración de Quimioterapia Endovenosa (hasta 4h).
- 96421 Quimioterapia en Infusión (mayor a 4h)
- 96549 Otros tipos de Quimioterapia.
- 77305 Radioterapia Externa.
- 77501 Braquiterapia.

Código Diagnóstico/Actividad

Cuidado Paliativo

- 99489 Atención Cuidados Paliativos.

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

1. CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER

Definición Operacional: La consejería es el proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas en relación al cáncer. La consejería de prevención en factores de riesgo se realiza en personas de 18 a 75 años de manera individual.

La modalidad de entrega del producto es en los EESS nivel I y Nivel II-1, puede brindarse en forma presencial en el consultorio externo o mediante Telemedicina con el uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en Salud - TICS. La forma de registro es la siguiente:

1.1. Consultorio Externo (Presencial)

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Consejería Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre el número de sesión de consejería según corresponda:

- "1" por la primera consejería.
- "2" por la segunda consejería.

En el ítem: Código CIE/CPT:

-En el primer casillero registre el siguiente **código CPT: 99402.08**

DÍA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA										P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO							
Nombres y Apellidos del paciente :											Fecha de nacimiento: _/ _/ _			Fecha última de Hb: _/ _/ _			Fecha de última regla: _/ _/ _		
11	27044828	2	CHOCOPE	38	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	Peso	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99402.08	
	97565				<input checked="" type="checkbox"/>	M		Talla	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		D	R					
					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Pab	Hb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	R	R				

1.2. Telemedicina (TIC)

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Consejería Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer"
- En el segundo casillero registre: "Teleorientación Síncrona"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre el número de sesión de consejería según corresponda:
 - "1" por la primera consejería.
 - "2" por la segunda consejería.
- En el segundo casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: Código CIE/CPT:

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **99402.08**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPT: **99499.08**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828	2	CHOCOPE	38	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	Peso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			99402.08		
	97565				Talla	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				TELEORIENTACIÓN SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99499.08	
		58			D	F	Pab	Hb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				P	D	R				

2. CONSEJERÍA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Consejería para pacientes diagnosticados con cáncer".
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: "Tumor Maligno de Mama"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "R" de diagnóstico Repetitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre el número de sesión de consejería según corresponda:
 - "1" por la primera consejería.
 - "2" por la segunda consejería.
- En el segundo casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **99401.26**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE - 10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C509.**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828	2	CHOCOPE	38	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	Peso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	CONSEJERÍA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99401.26		
	97565				Talla	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				TUMOR MALIGNO DE MAMA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				C509	
		58			D	F	Pab	Hb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				P	D	R				

3. TAMIZAJE EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres para realizar procedimientos de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino en forma periódica. Estos procedimientos pueden ser por Citología de Cuello Uterino con Papanicolaou (PAP) o Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) o detección molecular del Virus del Papiloma Humano (DM.VPH).

3.1. Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Citología / Papanicolaou (PAP)

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres para realizar el Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino mediante el examen Citológico (Papanicolaou). La modalidad de entrega del producto es en los EESS nivel I y Nivel II-1. El registro de las atenciones del Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino usando la citología (Papanicolaou) es en 02 momentos durante la consulta externa:

a. Toma de muestra para el Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Citología (Papanicolaou)

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Toma de Papanicolaou".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
 - En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
 - En el primer casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
 - En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **88141**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT			
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°				
			ETNIA	CENTRO POBLADO	Nombres y Apellidos del paciente : _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__ Fecha última de Hb: __/__/__ Fecha de última regla: __/__/__																
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso		N	N	TOMA DE MUESTRA PAPANICOLAOU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				88141		
	97565							Talla					<input checked="" type="checkbox"/>	C	P	D	R				
		58						Pab	Hb					R	R	P	D	R			

b. Entrega de resultado del Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Papanicolaou (PAP)

Se registra de la siguiente manera:

Cuando el resultado de PAP es negativo

La entrega de resultado puede darse por:

Consultorio Externo (Presencial)

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Entrega de Resultados de Papanicolaou"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "N" para resultado de PAP negativo.

En el ítem: Código CIE/CPT:

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **88141**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT			
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°				
			ETNIA	CENTRO POBLADO	Nombres y Apellidos del paciente : _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__ Fecha última de Hb: __/__/__ Fecha de última regla: __/__/__																
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso		N	N	ENTREGA DE RESULTADO DE PAPANICOLAOU	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N			88141		
	97565							Talla					<input checked="" type="checkbox"/>	C	P	D	R				
		58						Pab	Hb					R	R	P	D	R			

Telemedicina (TIC)

Se registra de la siguiente manera (sólo para resultados negativos):

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

- En el primer casillero registre: "Entrega de Resultados de Papanicolaou"
- En el segundo casillero registre: "Consejería Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer"
- En el tercer casillero registre: "Teleorientación Síncrona"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el tercer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "N" para resultado de PAP negativo.
- En el segundo casillero registre el número de sesión de consejería según corresponda:
 - "1" por la primera consejería
 - "2" por la segunda consejería
- En el tercer casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **88141**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPT: **99402.08**
- En el tercer casillero registre el siguiente código CPT: **99499.08**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°			
	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828		2	TRUJILLO	28	M	PC	Peso	N	X	ENTREGA DE RESULTADO DE PAPANICOLAOU	P	X	R	N			88141		
	97565							Talla	X	C	CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER	P	X	R	2			99402.08		
		58							Pab	Hb	R	R	TELEORIENTACIÓN SINCRONA	P	X	R			99499.08	

Cuando el resultado de PAP es positivo

La paciente puede requerir de otras prestaciones especializadas y/o orientaciones en relación a los flujos para continuar su atención y/o manejo, por lo que es recomendable atención presencial. Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Entrega de Resultados de Papanicolaou".
- En el segundo casillero registre el resultado consignando en el informe citopatología - Bethesda: LIE Alto Grado.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "A" para resultado de PAP positivo.
- En el segundo casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: Código CIE/CPT:

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **88141**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPT, según el resultado consignando en el informe de citopatología - Bethesda: **N872**.

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°			
	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828		2	TRUJILLO	28	M	PC	Peso	N	X	ENTREGA DE RESULTADO DE PAPANICOLAOU	P	X	R	A			88141		
	97565							Talla	X	C	LIE ALTO GRADO	P	X	R				N872		
		58							Pab	Hb	R	R		P	D	R				

3.2. Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres para realizar el Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino mediante la Inspección Visual con Ácido Acético. La modalidad de entrega del producto es en los EESS nivel I y Nivel II-1. La atención y entrega de resultado por Tamizaje mediante IVAA se brinda en el mismo momento, por lo que el registro debe ser según su resultado de la siguiente manera:

Cuando la IVAA es negativa

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Inspección Visual con Ácido Acético"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "N" cuando el resultado de IVAA es negativo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **88141.01**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
	Nombres y Apellidos del paciente :		Fecha de Nacimiento: _/ _/ _											Fecha última de Hb: _/ _/ _		Fecha de última regla: _/ _/ _		
11	27044828		2	AMBO	35	M	PC		N	X	INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N			88141.01
	97565											M	<input checked="" type="checkbox"/>	R				
		58										D	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

Cuando el resultado de IVAA es positivo

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Inspección Visual con Ácido Acético"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "A" cuando el resultado de IVAA es positivo.

En el ítem: **Código CIE/CPT**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **88141.01**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
	Nombres y Apellidos del paciente :		Fecha de Nacimiento: _/ _/ _											Fecha última de Hb: _/ _/ _		Fecha de última regla: _/ _/ _		
11	27044828		2	AMBO	35	M	PC		N	X	INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A			88141.01
	97565											M	<input checked="" type="checkbox"/>	R				
		58										D	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

3.3. Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por Detección Molecular del VPH (DM _VPH)

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres para realizar el Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino mediante la detección Molecular del Virus del Papiloma Humano. La modalidad de entrega del producto es en los EEES nivel I y Nivel II-1. El registro de las atenciones del Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino mediante DM VPH se presenta en 02 momentos durante la consulta externa:

a. Toma de muestra para el Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por DM VPH

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Detección Molecular VPH"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el ítem tipo de diagnóstico marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre:

- "1" cuando el profesional recolecta la muestra.
- "2" cuando la usuaria recolectó su muestra (auto toma).

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **87621**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT							
	HISTORIA CLÍNICA											P	D	R	1°	2°	3°								
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																						
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_							
11	27044828		2	AMBO	35	M	PC	Peso	N	N	DETECCIÓN MOLECULAR VPH	P	D	R	2			87621							
	97565																		M	Pab	Talla	C	P	D	R

b. Entrega de resultado del Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino por DM VPH

Se registra de la siguiente manera:

Cuando el resultado de DM VPH es negativo

La entrega de resultado puede darse por:

- Consultorio externo en forma presencial; o
- Telemedicina mediante el uso Tecnologías de la Información y la Comunicación en Salud (TICS).

Consultorio externo (presencial)

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Entrega de Resultados de Detección Molecular VPH"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "N" de negativo para resultado de DM VPH.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **87621**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLE-CIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT							
	HISTORIA CLÍNICA											P	D	R	1°	2°	3°								
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																						
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_							
11	27044828		2	AMBO	35	M	PC	Peso	N	N	ENTREGA DE RESULTADOS DE DETECCIÓN MOLECULAR VPH	P	D	R	N			87621							
	97565																		M	Pab	Talla	C	P	D	R

Telemedicina (TICS)

Se registra de la siguiente manera (sólo para resultados negativos):

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

- En el primer casillero registre: "Entrega de Resultados de Detección Molecular VPH"
- En el segundo casillero registre: "Consejería Preventiva en Factores de Riesgo para el cáncer"
- En el tercer casillero registre: "Teleorientación Síncrona"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el tercer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "N" de negativo para resultado de DM VPH.
- En el segundo casillero registre el número de sesión de consejería según corresponda:
 - "1" por la primera consejería.
 - "2" por la segunda consejería.
- En el tercer casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **87621**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPT: **99402.08**
- En el tercero casillero registre el siguiente código CPT: **99499.08**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT			
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_			
11	27044828		2	AMBO	35	M	PC	Peso		N	N	ENTREGA DE RESULTADOS DE DETECCIÓN MOLECULAR VPH	P	D	R	N			87621		
	97565							Talla			C	CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER	P	D	R	1					99402.08
		58							Hb		R	R	TELEORIENTACIÓN SINCRONA	P	D	R					

Cuando el resultado de DM VPH es positivo

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Entrega de Resultados de Detección Molecular VPH"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "A" cuando el resultado de la Detección Molecular VPH es positivo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **87621**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT				
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°					
	ETNIA	CENTRO POBLADO																				
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_				
11	27044828		2	AMBO	35	M	PC	Peso		N	N	ENTREGA DE RESULTADOS DE DETECCIÓN MOLECULAR VPH	P	D	R	A			87621			
	97565							Talla														
		58							Hb		R	R										

4. TAMIZAJE EN CÁNCER DE MAMA

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres para realizar el Tamizaje de Cáncer de Mama mediante:

- Examen Clínico de Mamas (ECM).
- Mamografía Bilateral de Tamizaje.

4.1. Tamizaje en Cáncer de Mama con Examen Clínico de Mama (ECM)

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres de 40 a 69 años para realizar el Tamizaje de Cáncer de Mama mediante el Examen Clínico de Mama, con una frecuencia anual (cada año) siempre y cuando el resultado sea normal. La modalidad de entrega del producto será en los EESS nivel I y nivel II-1. La atención y entrega de resultado del tamizaje con ECM se brinda en el mismo momento, por lo que el registro debe ser según su resultado de la siguiente manera:

Cuando el resultado de ECM es negativo

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Examen Clínico de Mama".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "N" cuando el resultado es negativo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **99386.03**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT	
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°
	Nombres y Apellidos del paciente :											Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_				Fecha de última regla: _/_/_
9	27044828		2	LUYANDO	41	M	PC	Peso	N	X	EXAMEN CLINICO DE MAMA	P	X	R	N			99386.03	
	97565							Talla	C			C	P	D	R				
		58						Hb	R			R	P	D	R				

Cuando el resultado de ECM es Positivo

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Examen Clínico de Mama".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "A" cuando el resultado es positivo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **99386.03**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
9	27044828		2	LUYANDO	41	M	PC	Peso		N	X	EXAMEN CLINICO DE MAMA	P	X	R	A		99386.03		
	97565							Talla		C			P		D	R				
		58		Pab				Hb		R			R		P	D	R			

4.2. Tamizaje en Cáncer de Mama con Mamografía Bilateral de Tamizaje

Definición Operacional: Es la atención que se brinda a mujeres de 40 a 69 años, población objetivo aparentemente sana, para realizar el Tamizaje de Cáncer de Mama mediante la Mamografía (Mamografía Bilateral de Tamizaje), con una frecuencia bianual (cada dos años) siempre y cuando el resultado sea normal (Negativo).

El registro de las actividades para el Tamizaje de Cáncer de Mama mediante la Mamografía Bilateral de Tamizaje es en el momento de:

- La Indicación de la Mamografía Bilateral de Tamizaje; y
- La Entrega de Resultado de la Mamografía Bilateral de Tamizaje

Indicación del Tamizaje en Cáncer de Mama con "Mamografía Bilateral de Tamizaje"

Se realizará por el profesional de salud, teniendo en cuenta que el grupo poblacional objetivo (mujeres de 40 a 69 años) están incluidas en el tamizaje por ECM y la modalidad de prestación para la Indicación de la Mamografía Bilateral de Tamizaje puede ser en forma presencial (consultorio externo) o mediante solicitud registrada a través de una plataforma informática, se registrará:

Cuando la Indicación de Mamografía Bilateral de Tamizaje es por consultorio externo (presencial) o mediante solicitud registrada a través de una plataforma informática, se registra de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
 - En el primer casillero registre: "Mamografía Bilateral de Tamizaje"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:
 - En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:
 - En el primer casillero no realizar registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**
 - En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **77057**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828		2	LUYANDO	41	M	PC	Peso		N	X	MAMOGRAFÍA BILATERAL DE TAMIZAJE	P	X	R			77057		
	97565							Talla		C			P		D	R				
		58		Pab				Hb		R			R		P	D	R			

Resultados de Mamografía (Tamizaje)

Este registro corresponde realizar al Profesional de la Salud que cuenta con los resultados de la mamografía.

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

- En el primer casillero registre: "Entrega de Resultado de Mamografía Bilateral de Tamizaje"

En el ítem: tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico Definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre el numero según la categoría de evaluación BI-RADS (Breast Imaging Reporting And Data System):

- 4= Anormalidad sospechosa (BI RADS 4).

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **77057**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA											P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA																	CENTRO POBLADO	
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828		2	LUYANDO	41	M	PC	Peso		N	ENTREGA DE RESULTADO DE MAMOGRAFIA BILATERAL DE TAMIZAJE	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			77057		
	97565							Talla		<input checked="" type="checkbox"/>		C	P	D	R					
		58							Pab			Hb		R	R	P	D		R	

5. TAMIZAJE EN CÁNCER DE COLON-RECTO

Persona Tamizada en Cáncer de Colon Y Recto

Son las personas de 50 a 70 años a quienes se les realiza el procedimiento para el Tamizaje de Cáncer de Colon-Recto, a través del Test de Sangre Oculta en Heces (SOH) realizada de forma anual.

5.1. Indicación del Test de Sangre Oculta en Heces

Se registrará de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Indicación del Test Sangre Oculta en Heces"

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab: No aplica ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **82270**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA											P	D	R	1°	2°	3°			
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA																	CENTRO POBLADO	
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso		N	INDICACIÓN DEL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				82270		
	97565							Talla		<input checked="" type="checkbox"/>		C	P	D	R					
		58							Pab			Hb		R	R	P	D		R	

5.2. Entrega de Resultado del Test de Sangre Oculta en Heces:

Tener en consideración lo siguiente:

- Cuando el resultado del test de SOH es negativo (N) se puede realizar por Consultorio externo en forma presencial o Telemedicina mediante el uso tecnologías de la información y la comunicación en salud (TICS) y se debe brindar la "Consejería en Prevención de Cáncer".
- Cuando el resultado del test de SOH es positivo (A) citar al paciente para la entrega de resultados en forma presencial y derivar para atención especializada.

Se registra de la siguiente manera:

Quando el resultado del Test de Sangre Oculta Heces (SOH) es Negativo

La entrega de resultado puede darse por:

Consultorio Externo (Presencial), se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Entrega de Resultado del Test de Sangre Oculta en Heces (SOH)".

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

-

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "N" para resultado del test de SOH es negativo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **82270**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTADÍSTICO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: __/__/__			Fecha última de Hb: __/__/__			Fecha de última regla: __/__/__		
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		N	<input checked="" type="checkbox"/>	ENTREGA DE RESULTADO DEL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES (SOH)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N			82270	
	97565					M	F				<input checked="" type="checkbox"/>		C	P	D	R				
			58				D			Pab	Hb		R	R		P	D	R		

Quando el resultado del Test de Sangre Oculta Heces (SOH) es Positivo

La entrega de resultado es en forma presencial por consultorio externo, se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Entrega de Resultado del Test de Sangre Oculta en Heces (SOH)".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "A" para resultado del Test de SOH positivo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **82270**

II	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_	
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	Peso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ENTREGA DE RESULTADO DEL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES (SOH)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A			82270		
	97565				M	F		Talla	<input checked="" type="checkbox"/>	C		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R						
		58			D	F	Pab	Hb	R	R	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R							

Telemedicina (TIC)

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Entrega de Resultado del Test de Sangre Oculta en Heces (SOH)";
- En el segundo casillero registre: "Consejería en Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer";
- En el tercer casillero registre "Teleorientación Síncrona".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el tercer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "N" para resultado del Test de SOH negativo.
- En el segundo casillero registre el número de consejería.
 - "1" por la primera consejería.
 - "2" por la segunda consejería.
- En el tercer casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **82270**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPT: **99402.08**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPT: **99499.08**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_	
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	Peso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ENTREGA DE RESULTADO DEL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES (SOH)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N			82270		
	97565				M	F		Talla	<input checked="" type="checkbox"/>	C		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99402.08		
		58			D	F	Pab	Hb	R	R	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99499.08		

6. TAMIZAJE EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Varón Tamizado en Cáncer de Próstata

Son los varones de 40 a 75 años a quienes se les realiza el procedimiento para el tamizaje de Cáncer de próstata, a través del dosaje de antígeno prostático (PSA) realizada de forma periódica.

6.1. Indicación del Examen de Antígeno Prostático

Se registrará de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Indicación de Dosaje de Antígeno Prostático"

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab: No aplica ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **84152**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°			
	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/ _/ _			Fecha última de Hb: _/ _/ _			Fecha de última regla: _/ _/ _		
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	Peso	N	<input checked="" type="checkbox"/>	INDICACIÓN DE DOSAJE ANTIGENO PROSTATICO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				84152		
	97565				Talla	<input checked="" type="checkbox"/>		C		P		D	R							
		58				D		F		Pab		Hb	R	R	P	D	R			

6.2. Entrega de Resultado del Examen de Antígeno Prostático

Tener en consideración lo siguiente:

- Cuando el resultado de PSA es **negativo (N)** se puede realizar por Consultorio externo en forma presencial o Telemedicina mediante el uso Tecnologías de la Información y la Comunicación en Salud (TICS) y se debe brindar la "Consejería en Prevención de Cáncer".
- Cuando el resultado de PSA es **positivo (A)** citar al paciente para la entrega de resultados en forma presencial y derivar para atención especializada.

Se registra de la siguiente manera:

Cuando el Resultado de Dosaje de Antígeno Prostático (PSA) es Negativo

La entrega de resultado puede darse por:

Consultorio Externo (Presencial)

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Entrega de Resultado de Dosaje de Antígeno Prostático (PSA)";

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "N" para resultado de PSA es negativo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **84152**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°			
	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/ _/ _			Fecha última de Hb: _/ _/ _			Fecha de última regla: _/ _/ _		
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	Peso	N	<input checked="" type="checkbox"/>	ENTREGA DE RESULTADO DE DOSAJE DE ANTIGENO PROSTATICO (PSA)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N			84152		
	97565				Talla	<input checked="" type="checkbox"/>		C		P		D	R							
		58				D		F		Pab		Hb	R	R	P	D	R			

Cuando el Resultado de Dosaje de Antígeno Prostático (PSA) es Positivo

La entrega de resultado es en forma presencial por consultorio externo, se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Entrega de Resultado de Dosaje de Antígeno Prostático (PSA)";

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "A" para resultado de PSA positivo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **84152**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso	N	N	ENTREGA DE RESULTADO DE DOSAJE DE ANTIGENO PROSTATICO (PSA)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A			84152		
	97565							Talla		C	CONSEJERIA EN PREVENCION DE CANCER	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99402.08		
		58							Pab	Hb	R	R	TELEORIENTACIÓN SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.08	

Telemedicina (TICS)

Se registra de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Entrega de Resultado de Dosaje de Antígeno Prostático (PSA)";
- En el segundo casillero registre: "Consejería en Preventiva en Factores de Riesgo para el Cáncer";
- En el tercer casillero registre: "Teleorientación Síncrona";

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el tercer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "N" para resultado de PSA negativo.
- En el segundo casillero registre el número de consejería:
 - "1" por la primera consejería.
 - "2" por la segunda consejería.
- En el tercer casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE -10/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **84152**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPT: **99402.08**
- En el tercer casillero registre el siguiente código CPT: **99499.08**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso	N	N	ENTREGA DE RESULTADO DE DOSAJE DE ANTIGENO PROSTATICO (PSA)	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N			84152		
	97565							Talla		C	CONSEJERIA EN PREVENCION DE CANCER	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99402.08		
		58							Pab	Hb	R	R	TELEORIENTACIÓN SINCRONA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99499.08	

7. TAMIZAJE EN CÁNCER DE PIEL

Persona Tamizada en Cáncer De Piel

Es la población de 18 a 70 años a quienes se les realiza el procedimiento para el Tamizaje de Cáncer de Piel, a través del Examen Clínico de Piel realizada en forma anual.

7.1. Examen Clínico de Piel

Se registrará de la siguiente manera:

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

- En el primer casillero registre: "Examen Clínico de Piel";

En el ítem: Tipo de Diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre "N" cuando el examen es negativo o "A" cuando el resultado es positivo.

En el ítem: Código CIE:

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **Z128**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_	
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	Peso	N	<input checked="" type="checkbox"/>	EXAMEN CLINICO DE PIEL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	N			Z128		
	97565				M	F		Talla		<input checked="" type="checkbox"/>		C	P	D	R					
					D	Pab		Hb		R		R	P	D	R					

8. MANEJO DE LESIONES PRE MALIGNAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

8.1. Mujer Examinada con Triaje Visual para el Tratamiento

Triaje Visual para el tratamiento (TVT): Examen del Cuello Uterino luego de aplicar ácido acético con el fin de determinar si hay contraindicación para tratamiento ablativo (elegibilidad para tratamiento ablativo).

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

- En el primer casillero registre el motivo por el cual se realiza el procedimiento: "Lesión Intraepitelial de Alto Grado"
- En el segundo casillero registre el procedimiento: "Triaje Visual Para El Tratamiento"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero no se aplica ningún registro.
- En el segundo casillero registre:
 - **RN** = Triaje visual para el tratamiento negativo.
 - **RP** = Triaje visual para el tratamiento positivo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT del motivo por el cual se realiza el procedimiento: **N872**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **88141.01**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT			
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
	Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	Peso	N	<input checked="" type="checkbox"/>	LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				N872			
	97565				M	<input checked="" type="checkbox"/>		Talla		<input checked="" type="checkbox"/>		C	TRIAJE VISUAL PARA EL TRATAMIENTO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN				88141.01
					D	Pab		Hb		R		R	P	D	R						

8.2. Mujer Examinada con Colposcopia

Definición Operacional: Es toda aquella mujer con prioridad de 25 a 64 años, con resultado de tamizaje positivo o signo sugestivo de lesión pre malignas de alto grado que con fines de diagnóstico de lesiones pre malignas es examinada mediante estudio colposcópico, el cual permite la magnificación visual del Cuello Uterino

El estudio colposcópico se realizará según capacidad resolutoria en el primer y segundo nivel de atención y en el caso necesario se procederá a la toma de Biopsia para el estudio patológico respectivo.

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

- En el primer casillero registre el motivo por el cual se realiza el procedimiento: "Lesión Intraepitelial de Alto Grado"
- En el segundo casillero registre el tipo de colposcopia realizada: "Colposcopia sin ICA"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero no se aplica ningún registro.
- En el segundo casillero registre:
 - **N** = colposcopia sin imágenes colposcópicas anormales - ICA.
 - **A** = colposcopia con imágenes colposcópicas anormales - ICA.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT del motivo por el cual se realiza el procedimiento: **N872**
- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **57452**

DÍA	DNI	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT			
	HISTORIA CLÍNICA										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1°	2°	3°
Nombres y Apellidos del paciente :											Fecha de Nacimiento: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>			Fecha última de Hb: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>			Fecha de última regla: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>			
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	Peso		N	<input checked="" type="checkbox"/>	LIE DE ALTO GRADO	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R				N872	
	97565				<input checked="" type="checkbox"/>	M							<input checked="" type="checkbox"/>	C	COLPOSCOPIA SIN ICA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N	
		D	<input checked="" type="checkbox"/>		Pab	Hb	R									R	P	D	R	

Para la toma de Biopsia durante la Colposcopia: Se deberá registrar el tipo de Biopsia realizada para la obtención de la muestra

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

- En el primer casillero registre el motivo por el cual se realiza el procedimiento: "Lesión Intraepitelial de Alto Grado"
- En el segundo casillero registre el procedimiento según corresponda: "Colposcopia "
- En el tercer casillero registre Procedimiento realizado:
 - Toma de Biopsia Endocervical (Curetaje).
 - Toma de Biopsia Exocervical.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero no se aplica ningún registro.
- En el segundo casillero registre el resultado que corresponda:
 - **N** = colposcopia sin imágenes colposcópicas anormales - ICA.
 - **A** = colposcopia con imágenes colposcópicas anormales - ICA.
- En el segundo casillero no se aplica ningún registro.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el tercer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CIE del motivo por el cual se realiza el procedimiento: **N872**
- En el segundo casillero registra CPT: **57452**
- En el tercer casillero registra el código CPT, según el tipo de Biopsia realizada

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT			
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°				
		ETNIA	CENTRO POBLADO																		
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_			
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	Peso	<input checked="" type="checkbox"/>	N	<input checked="" type="checkbox"/>	LIE DE ALTO GRADO	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R				N872		
	97565				M	<input checked="" type="checkbox"/>		Talla	<input checked="" type="checkbox"/>	S	<input checked="" type="checkbox"/>	C	COLPOSCOPIA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A				57452
					D	<input checked="" type="checkbox"/>		Pab	Hb		R	R	TOMA DE BIOPSIA EXOCERVIX	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					

8.3. Atención de la Paciente con Lesiones Pre Malignas de Cuello Uterino con Ablación

Definición Operacional: Atención que se brinda a las mujeres con resultado de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino positivo para lesiones premalignas de Cuello Uterino (LIE de Alto Grado o LIE bajo grado persistente por más de un año) y que cumplen con los criterios clínicos para el tratamiento mediante ablación. Para lesiones pre malignas de Cuello Uterino se ofrece el servicio de ablación a aquellas mujeres entre 30 y 49 años cuyo tamizaje para cáncer de cuello uterino es positivos y que están en un establecimiento de salud del primer nivel de atención u hospital.

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

- En el primer casillero registre el diagnóstico que motivó el tratamiento de ablativos: "Lesión Intraepitelial de Alto Grado".
- En el segundo casillero registre el procedimiento de tratamiento: "Termocoagulación".

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab: No se aplica ningún registro

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **N872**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPT: **57510**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°			
		ETNIA	CENTRO POBLADO																	
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	Peso	<input checked="" type="checkbox"/>	N	<input checked="" type="checkbox"/>	LESION INTRAPETILIAL DE ALTO GRADO	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R				N872	
	97565				M	<input checked="" type="checkbox"/>		Talla	<input checked="" type="checkbox"/>	S	<input checked="" type="checkbox"/>	C	TERMOCOAGULACION	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				57510
					D	<input checked="" type="checkbox"/>		Pab	Hb		R	R		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

8.4. Atención de Pacientes con Lesiones Pre Malignas de Cuello Uterino con Tratamiento Escisional

Definición Operacional: Se ofrece el servicio de escisión a aquellas mujeres entre 25 y 64 años cuyo tamizaje de cuello uterino es positivo y que están en un establecimiento de salud donde cuenta con la capacidad resolutoria para el procedimiento de escisión.

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

- En el primer casillero registre el diagnóstico que genera el tratamiento escisional: "LIE alto grado".
- En el segundo casillero registre el procedimiento que corresponda:
 - Cono Leep.
 - Cono frío.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab: No aplica en el presente ejemplo.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CIE: **N872**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPT: **57522**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT			
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°				
		ETNIA	CENTRO POBLADO																		
Nombres y Apellidos del paciente :													Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	Peso	N	N	LIE DE ALTO GRADO	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R				N872			
	97565				<input checked="" type="checkbox"/>	M		Talla				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	CONO LEEP	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R				57522
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D		Pab				Hb	R	R							

9. PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

En este acápite se consideran los principales procedimientos de diagnóstico que el médico podrá realizar por cada tipo de cáncer: Biopsia de Cérvix, Biopsia de Mama, Biopsia de Próstata, Biopsia de Colon, Biopsia de Recto, Biopsia de Estómago, Biopsia de Piel, Biopsia Hepática, Biopsia de Ganglios.

9.1. Mujer Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Cuello Uterino

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

- En el primer casillero registre el procedimiento: "Biopsia de Cuello Uterino"
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: "Tumor Maligno de Cuello Uterino"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT del procedimiento: **57500**
- En el segundo casillero registre el procedimiento de tratamiento realizado, código CPT: **C539**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT			
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°				
		ETNIA	CENTRO POBLADO																		
Nombres y Apellidos del paciente :													Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	Peso	N	N	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R				57500			
	97565				<input checked="" type="checkbox"/>	M		Talla				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TUMOR MALIGNO DE CUELLO UTERINO	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R				C539
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D		Pab				Hb	R	R							

Mujer Atendida con Procedimiento de Biopsia de Mama

Son las mujeres referidas con masa tumoral palpable en mama detectada mediante Examen Clínico y/o mujeres con Masa Tumoral no palpable detectadas por Mamografía/Ecografía, a las que se les realiza Biopsia por Trucut.

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

- En el primer casillero registre el tipo de Biopsia Mamaria que corresponda:
 - Biopsia Percutánea de Mama con Aguja Trocar, Sin Guía de Imágenes.
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda:
 - Tumor Maligno de La Mama Parte No Especificada.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT del procedimiento que corresponda: **19100**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C509**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT						
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°							
	ETNIA	CENTRO POBLADO																						
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/ _/ _			Fecha última de Hb: _/ _/ _			Fecha de última regla: _/ _/ _						
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		Peso		N	N	BIOPSIA PERCUTÁNEA DE MAMA CON AGUJA TROCAR, SIN GUÍA DE IMÁGENES			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				19102	
	97565					M			Talla		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA PARTE NO ESPECIFICADA			<input checked="" type="checkbox"/>	D	R						C509
						58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb		R	R	P	D	R					

9.2. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Próstata

Son los varones referidos con evidencia de masa tumoral en próstata mediante Examen Clínico/Ecografía Prostática o un Dosaje de PSA total cuantitativo positivo, a los que se les realizará Biopsia con guía ecográfica.

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

- En el primer casillero registre el procedimiento: "Biopsia de Próstata"
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer: "Tumor Maligno de Próstata"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT del procedimiento: **55700**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE- 10 del diagnóstico de cáncer: **C61X**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT						
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°							
	ETNIA	CENTRO POBLADO																						
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/ _/ _			Fecha última de Hb: _/ _/ _			Fecha de última regla: _/ _/ _						
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		Peso		N	N	BIOPSIA DE PROSTATA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				55700	
	97565					M	F		Talla		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TUMOR MALIGNO DE PROSTATA			<input checked="" type="checkbox"/>	D	R						C61X
						58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb		R	R	P	D	R					

9.3. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Colon-Recto

Son las personas de grupo de riesgo alto para Cáncer de Colon o Examen de Sangre Oculta en Hece positivo, a las que se les refiere para una Colonoscopia en la que se toma Biopsia de Lesiones con sospecha de cáncer.

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

- En el primer casillero registre el procedimiento: "Colonoscopia con Biopsia"
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: "Tumor Maligno del Colon Parte No Especificada"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT del procedimiento: **44389**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C189**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT						
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°							
	ETNIA	CENTRO POBLADO																						
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/ _/ _			Fecha última de Hb: _/ _/ _			Fecha de última regla: _/ _/ _						
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		Peso		N	N	COLONOSCOPIA CON BIOPSIA			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				44389	
	97565					M	F		Talla		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TUMOR MALIGNO DEL COLON PARTE NO ESPECIFICADA			<input checked="" type="checkbox"/>	D	R						C189
						58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb		R	R	P	D	R					

9.4. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Estómago

Son las personas con molestias gástricas, antecedentes familiares y otros criterios de sospecha de cáncer, a las que se les refiere para una endoscopia alta y toma de Biopsia de Lesiones con sospecha de.

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

- En el primer casillero registre el procedimiento: "Biopsia de Estómago"
- En el segundo casillero registre diagnóstico de cáncer que corresponda: "Tumor Maligno del Estómago"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **43600**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C169**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT				
	HISTORIA CLÍNICA											P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE/PUERPERA																		ETNIA	CENTRO POBLADO		
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_				
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso	N	N	BIOPSIA DE ESTOMAGO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				43600				
	97565							Talla	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R								C169
								58	D	F	Pab	Hb	R	R				P	D	R		

9.5. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Piel

Son las personas que presentan una Lesión Dérmica con características de sospecha de Cáncer Piel a los que se les realiza Biopsia.

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

- En el primer casillero registre el procedimiento: "Biopsia de Piel"
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: "Tumor Maligno de Piel"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT del procedimiento: **11100**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C449**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT				
	HISTORIA CLÍNICA											P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE/PUERPERA																		ETNIA	CENTRO POBLADO		
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_				
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso	N	N	BIOPSIA DE PIEL	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				11100				
	97565							Talla	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TUMOR MALIGNO DE PIEL	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R								C449
								58	D	F	Pab	Hb	R	R				P	D	R		

9.6. Persona atendida con Procedimiento de Biopsia de Pulmón

Son las personas referidas con sospecha de Cáncer de Pulmón a los que se les realiza Biopsia diagnóstica de nódulos o Masa Pulmonar.

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

- En el primer casillero registre el procedimiento que corresponda: "Biopsia de Pulmón"
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: "Tumor Maligno de los Bronquios o del Pulmón"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT del procedimiento: **32405**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C349**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT			
	HISTORIA CLÍNICA											P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																	
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/ _/ _			Fecha última de Hb: _/ _/ _			Fecha de última regla: _/ _/ _			
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso	N	N	BIOPSIA DE PULMON	P	D	R				32405			
	97565							M	F	Talla			TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON		D	R					C349
	58							D	Pab	Hb	R	R		P	D	R					

9.7. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Hígado

Son las personas referidas con sospecha de Cáncer de Hígado a los que se les realiza Biopsia con guía ecográfica.

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

- En el primer casillero registre el procedimiento: "Biopsia Hepática"
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: "Tumor Maligno de Hígado"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo
- En el segundo casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT del procedimiento: **47000**
- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C229**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT			
	HISTORIA CLÍNICA											P	D	R	1°	2°	3°				
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																	
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/ _/ _			Fecha última de Hb: _/ _/ _			Fecha de última regla: _/ _/ _			
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso	N	N	BIOPSIA HEPATICA	P	D	R				47000			
	97565							M	F	Talla			TUMOR MALIGNO DE HIGADO		D	R					C229
	58							D	Pab	Hb	R	R		P	D	R					

9.8. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia de Ganglio

Son las personas referidas con sospecha de Linfoma a los que se les realiza Biopsia de Ganglio.

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

- En el primer casillero registre el procedimiento: "Biopsia de Ganglio"
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: "Linfoma no Hodgkin"

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT del procedimiento: **38500**

- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C859**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT																				
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°																					
	ETNIA	CENTRO POBLADO																																				
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_																				
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	F	PC			Peso	N	N	BIOPSIA DE GANGLIO	P	D	R				38500																	
	97565																					58		D		Pab	Hb	R	R									C859

9.9. Persona Atendida con Procedimiento de Aspirado de Médula Ósea

Son las personas referidas con sospecha de Leucemia a los que se les realiza aspirado de Médula Ósea.

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

- En el primer casillero registre el procedimiento: "Aspirado de Médula Ósea (Mielograma)";

- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: "Leucemia linfoblástica Aguda";

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

- En el segundo casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT del procedimiento: **85095**

- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C910**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT																				
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°																					
	ETNIA	CENTRO POBLADO																																				
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_																				
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	F	PC			Peso	N	N	ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	P	D	R				85095																	
	97565																					58		D		Pab	Hb	R	R									C910

9.10. Persona Atendida con Procedimiento de Biopsia Médula Ósea

Son las personas referidas con sospecha de Leucemia a los que se les realiza Biopsia de Médula Ósea.

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

- En el primer casillero registre el procedimiento: "Biopsia de Medula Ósea";

- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda: "Linfoma no Hodgkin";

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

- En el segundo casillero marque "P" de diagnóstico presuntivo.

En el ítem: Valor Lab: no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT del procedimiento: **85102**

- En el segundo casillero registre el siguiente código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda: **C859**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°			
	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	Peso		N	N	BIOPSIA DE MEDULA OSEA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			85102		
	97565				M	F	Talla		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	LINFOMA NO HODGKIN	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			C859		
		58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R		P	D	R					

9.11. Entrega de Resultado para el Diagnóstico y Estadaje de Cáncer

Conjunto de acciones orientadas al diagnóstico definitivo y estadaje de cáncer, entrega y registro del mismo.

a) Diagnóstico de Cáncer

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

- En el primer casillero registre la Entrega de Resultado del procedimiento realizado que corresponda: "Entrega de Resultado Biopsia Mamaria"
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda.

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el primer y segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre:
 - "N" (Negativo) Sin alteraciones neoplásicas.
 - "A" (Positivo) Con alteraciones neoplásicas.
- En el segundo casillero no aplicar ningún registro.

En el ítem: **Código CIE/CPT:**

- En el primer casillero registre código CPT del resultado de Biopsia que corresponda.
- En el Segundo casillero registre código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda.

Ejemplo N°1:

Resultado Positivo

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°			
	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	Peso		N	N	ENTREGA DE RESULTADO DE BIOPSIA MAMARIA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A		19100		
	97565				M	F	Talla		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TUMOR MALIGNO DE MAMA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			C509		
		58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R		P	D	R					

Ejemplo N°2:

Resultado Negativo

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1°	2°	3°			
	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	Peso		N	N	ENTREGA DE RESULTADO DE BIOPSIA DE CUELLO UTERINO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	N		57500		
	97565				M	F	Talla		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NIIC 2	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			N871		
		58			D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R		P	D	R					

Nota: En el caso de entrega de resultado se procederá a registrar por ÚNICA vez el diagnóstico Oncológico como definitivo y en posteriores atenciones se registrará como repetitivo.

Ejemplo N°3:
 Resultado Positivo

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
	Nombres y Apellidos del paciente :											Fecha de Nacimiento: / /			Fecha última de Hb: / /			
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso		N	N	ENTREGA DE RESULTADO DE BIOPSIA DE PROSTATA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A			55700
	Talla							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TUMOR MALIGNO DE PROSTATA	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				C61X	
	97565	58					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R	

Ejemplo N°4:
 Resultado Positivo

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
	Nombres y Apellidos del paciente :											Fecha de Nacimiento: / /			Fecha última de Hb: / /			
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso		N	N	ENTREGA DE RESULTADO DE BIOPSIA DE COLON	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A			44389
	Talla							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TUMOR MALIGNO DE COLON	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				C189	
	97565	58					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R	

Ejemplo N°5:
 Resultado Positivo

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
	Nombres y Apellidos del paciente :											Fecha de Nacimiento: / /			Fecha última de Hb: / /			
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso		N	N	ENTREGA DE RESULTADO DE BIOPSIA DE CUELLO UTERINO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A			57500
	Talla							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TUMOR MALIGNO DE CUELLO UTERINO	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				C539	
	97565	58					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R	

b) Estadaje de cáncer

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

- En el primer casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponde.

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "R" diagnóstico repetitivo.

En el ítem: Valor Lab: registre el código de estadio clínico:

- Estadio clínico I = 1
- Estadio clínico II = 2
- Estadio clínico III = 3
- Estadio clínico IV = 4

En el ítem: CIE 10:

- En el primer casillero registre **Código CIE-10** del diagnóstico de cáncer que corresponda.

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°	
	Nombres y Apellidos del paciente :											Fecha de Nacimiento: / /			Fecha última de Hb: / /			
11	27044828	2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso		N	N	TUMOR MALIGNO DE MAMA	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2			C509
	Talla							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		P	D	R					
	97565	58					D	F	Pab	Hb		R	R		P	D	R	

10. TRATAMIENTO DE CÁNCER

Es el tratamiento del cáncer según estadio clínico correspondiente; previa indicación del médico tratante, puede consistir en: Cirugía, Radioterapia y Quimioterapia.

a) Registro de Supervisión de Quimioterapia por el Médico Especialista:

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

- En el primer casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda.
- En el segundo casillero registre:
 - Supervisión Médica Directa

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el primer casillero marque "R" diagnóstico repetitivo por ser continuador
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo

En el ítem: **Código CIE/CPT**

- En el primer casillero registre el Código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda.
- En el segundo casillero registre el siguiente código CPT: **90780**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT		
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°
	Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de Nacimiento: _/ _/ _			Fecha última de Hb: _/ _/ _			Fecha de última regla: _/ _/ _	
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso		N	N	TUMOR MALIGNO DE MAMA	P	D	R				C509	
	97565					M		Talla				SUPERVISION MEDICA DIRECTA	P	D	R				90780	
			58			D	Pab	Hb		R	R		P	D	R					

b) Registro de Administración de Quimioterapia por Personal de Enfermería

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

- En el primer casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponde.
- En el segundo casillero registre el procedimiento de tratamiento realizado:
 - Administración de Quimioterapia Endovenosa (hasta 4h)
 - Quimioterapia en Infusión (mayor a 4h)
 - Otros tipos de Quimioterapia

En el ítem: Tipo de diagnóstico:

- En el primer casillero marque "R" diagnóstico repetido.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero no se aplica ningún registro.
- En el segundo casillero registre el número "1" solo al inicio del tratamiento de quimioterapia, los procedimientos posteriores de administración de quimioterapia no requieren registro LAB.

En el ítem: **Código CIE/CPT**

- En el primer casillero registre el siguiente el Código CIE 10 del diagnóstico de cáncer que corresponda.
- En el segundo casillero registre el siguiente Código CPT:
 - Administración de Quimioterapia Endovenosa (hasta 4h): **96410**
 - Quimioterapia en Infusión (mayor a 4h): **96421**
 - Otros tipos de Quimioterapia: **96549**

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT				
	HISTORIA CLÍNICA											P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE/PUERPERA																					
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_				
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso		N	N	TUMOR MALIGNO DE MAMA	P	D	X				C509			
	97565							Talla		X	X	ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA	P	X	R	1						96410
	58							Hb		R	R		P	D	R							

c) Registro de Tratamiento con Radioterapia

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

- En el primer casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponda.
- En el segundo casillero registre el procedimiento de tratamiento realizado:
 - Radioterapia Externa
 - Braquiterapia

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el primer casillero marque "R" diagnóstico repetido.
- En el segundo casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero no se aplica ningún registro.
- En el segundo casillero registre el número "1" solo al inicio del tratamiento de Radioterapia/Braquiterapia, los procedimientos posteriores de administración de Radioterapia/Braquiterapia no requieren registro LAB.

En el ítem: **Código CIE/CPT**

- En el primer casillero registre el siguiente el Código CIE-10 del diagnóstico de cáncer que corresponda.
- En el segundo casillero registre el siguiente Código CPT según corresponda:
 - Radioterapia Externa: **77305**
 - Braquiterapia: **77501**.

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT				
	HISTORIA CLÍNICA											P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE/PUERPERA																					
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_				
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso		N	N	TUMOR MALIGNO DE PROSTATA	P	D	X				C61X			
	97565							Talla		X	X	RADIOTERAPIA EXTERNA	P	X	R							77305
	58							Hb		R	R		P	D	R							

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT				
	HISTORIA CLÍNICA											P	D	R	1°	2°	3°					
	GESTANTE/PUERPERA																					
Nombres y Apellidos del paciente :												Fecha de nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_			Fecha de última regla: _/_/_				
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso		N	N	TUMOR MALIGNO DE PROSTATA	P	D	X				C61X			
	97565							Talla		X	X	BRAQUIOTERAPIA	P	X	R	1						77501
	58							Hb		R	R		P	D	R							

11. ATENCION DE CUIDADOS PALIATIVOS

Definición Operacional. - Este producto se desarrolla para atender a los pacientes oncológicos con enfermedad de cáncer avanzado (últimos 06 meses de vida) para manejo en cuidados paliativos. Busca el tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y no físicos producidos por la enfermedad avanzada. El manejo del paciente es de forma domiciliaria y en EESS de forma ambulatoria, en casos excepcionales será hospitalizado, podrá brindarse en oferta fija (establecimiento de salud) y extramural (domiciliario). Se brindará en los tres niveles de atención según la condición del paciente y la capacidad resolutive. (I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E).

Cuidado Paliativo

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

- En el primer casillero registre "Atención Cuidados Paliativos"
- En el segundo casillero registre el diagnóstico de cáncer que corresponde.

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el primer casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el segundo casillero marque "R" diagnóstico repetido.

En el ítem: Valor Lab:

- En el primer casillero registre:
 - "1" cuando la atención de Cuidados Paliativos es en el EESS es de carácter ambulatoria.
 - "2" cuando la atención de Cuidados Paliativos es domiciliaria.

En el ítem: **Código CIE/CPT**

- En el primer casillero registre el siguiente código CPT: **99489**
- En el segundo casillero registre el código CIE del diagnóstico de cáncer que corresponde.

Ejemplo N°1

Atención con Cuidados Paliativos en el Establecimiento de Salud

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT			
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
	Nombres y Apellidos del paciente :											Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_				Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso		N	N	ATENCION CUIDADOS PALIATIVOS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99489		
	97565							Talla		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TUMOR MALIGNO DE CUELLO UTERINO	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>						C539
		58								D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R		P	D	R	

Ejemplo N°2

Atención con Cuidados Paliativos en el Domicilio

DÍA	DNI		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE/CPT			
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1°		2°	3°	
	Nombres y Apellidos del paciente :											Fecha de Nacimiento: _/_/_			Fecha última de Hb: _/_/_				Fecha de última regla: _/_/_		
11	27044828		2	San Martín de Porres	55	M	PC	Peso		N	N	ATENCION CUIDADOS PALIATIVOS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			99489		
	97565							Talla		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>						C169
		58								D	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	Hb		R	R		P	D	R	



Ministerio de Salud
Av. Salaverry 801 Jesús María, Lima -Perú
www.gob.pe/minsa
Telf.: (01) 315-6600