



## INSTRUCTIVO DEL REGISTRO DIARIO DE CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

### ENCABEZADO

**Nombre del establecimiento:** En este espacio se debe llenar el nombre del hospital.

**Fecha:** Se refiere a la fecha en la que se llevó a cabo la atención, se usa una hoja de Informe diario por cada fecha y turno. Se debe seguir el siguiente orden: Día/Mes/Año.

**Médico:** Registrar Nombre, Apellido Paterno y Apellido Materno del **médico que realiza la atención.**

**Matrícula:** Registrar el número de matrícula profesional del médico.

**Titular:** Marcar (✓), cuando el médico cuente con un ítem o un contrato indefinido. Caso contrario dejara el espacio en blanco.

**Suplente:** Marcar (✓), cuando el médico que realiza la atención del día, está reemplazando al médico titular en las siguientes situaciones: vacación, baja médica, contratos temporales, trabajos por convenios, riesgo compartido y toda aquella situación en la que el profesional médico no se encuentre como personal permanente de la institución.

**Firma y Sello del Medico:** En este espacio el profesional médico debe estampar su sello personal el cual debe estar visible el nombre y apellido del profesional, la especialidad que tiene y el numero de matricula profesional.

**Horario de Atención de:** \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ : Acá se registrara en **HORAS Y MINUTOS**, cuando se inicia la consulta el médico y cuando concluyo dicha actividad.

**Número:** (Columna) Se refiere al **número secuencial de orden** asignado al paciente este indica el orden de llegada y de atención que recibió la paciente una vez que ingresa a consultar.

**Número de la Historia Clínica:** (Columna 1) Se refiere al (**número**) asignado a la Historia Clínica.

**Número de Seguro:** (Columna 2) Registre el número de seguro con el que cuenta la paciente.

**Apellido Paterno Materno y Nombre:** (Columna 3) Registrar la identidad del paciente que acude a recibir la atención, en el siguiente orden: **Apellido paterno, Apellido Materno y Nombre(s).**

**Tipo de Paciente:** (Columna 4) En esta columna se debe de registrar el tipo de paciente que acude a la consulta, estos pueden ser: **Institucional**, se refiere al paciente que compra los servicios de la institución, y no se encuentra afiliado a ningún tipo de seguro. **SUMI**, se refiere al paciente que está asegurado al Seguro Universal Materno Infantil, y cuentan con un número de seguro. **SSPAM**, se refiere al paciente que está asegurado al Seguro de Salud Para el Adulto Mayor, cuentan con un número de seguro. **SOAT**, se refiere al paciente que sufrió algún accidente de tránsito y que por ley, el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, cubre según la atención medica correspondiente. **Otros**, se refiere a los diferentes seguros con los cuales la institución tenga algún tipo de convenio.

**Peso:** (Columna 5) Registrar el peso exacto en kilogramos, respetando la norma de la Unidad de Nutrición para la toma de medidas antropométricas.

**Talla:** (Columna 6) Registrar la talla exacta en centímetros, respetando la norma de la Unidad de Nutrición para la toma de medidas antropométricas.

**Edad:** (Columna 7) Anote la edad cumplida en años de la paciente

**Estado Nutricional:** (Columnas 8,9,10 y 11)

La variable estado nutricional está clasificada en 4 categorías cuya descripción es la siguiente:

**O** : Obesidad

**S** : Sobrepeso

**N** : Normal

**D** : Desnutrida

Tiquee (✓), de acuerdo al **estado nutricional** que presente la mujer embarazada. Esta información será consolidada en el Formulario N° 302b: Informe Mensual de Enfermedades No Transmisibles.

Se tiqueará y encerrará en un círculo el registro del cambio nutricional que realice la mujer embarazada según la clasificación IMC, para registrar la continuidad del estado nutricional debe tan solo tiquearse sin el círculo.

Se reportara en el formulario 302b de Vigilancia Epidemiológica la sumatoria de los casos nuevos (tiqueados con círculo), acorde a la clasificación según IMC.

**Mujer Embarazada /Puérpera:**

**Control Prenatal:** (Columnas 12 a 14) Se refiere al número de control prenatal y controles prenatales **Nuevos y Repetidos**. Los controles prenatales **nuevos**, están clasificados en controles prenatales nuevos **antes del 5º mes** (menos de 22 semanas), y **a partir del 5º Mes de gestación.**

Coloque el número de control prenatal que corresponda a partir del segundo control. (2do., 3ro., 4to. 5to. o más controles). Si la paciente recibió controles en otro establecimiento de salud se considera como control repetido, por tanto se registrará el número que corresponda de acuerdo a la hoja del CLAP. Tiquee el 4to. Control prenatal dentro y fuera del establecimiento en la (columna15), el mismo que a su vez debe estar registrado en control repetido. Registre la semana de gestación en la columna 16.

**Micronutrientes:**

**Sulfato Ferroso:** (Columnas 17 y 18) Esta variable indica si la embarazada o la puérpera, ha recibido la dosis completa de hierro (90 tabletas de sulfato ferroso).

**Vitamina A:** (Columna 19) Tiquee (✓) si la puérpera recibió la dosis única de Vitamina A de 200.000 U.I. (Hasta la sexta semana post parto).

**Alimento complementario:** (Para la mujer embarazada desnutrida) (Columna 19) Tiquee (✓) si la mujer embarazada desnutrida, que asiste a su control, recibe el alimento complementario.

**Consulta: Consulta Nueva** (Columna21) Es aquella por la cual, la paciente consulta, por primera vez por una causa determinada.

**Consulta Repetida:** (Columnas 22) Se considera consulta repetida, cuando la paciente asiste a la consulta por una causa por la que ya fue atendida anteriormente. Si en esa misma oportunidad la paciente consulta simultáneamente por una nueva causa, ésta última es considerada como **consulta Nueva** y debe ser registrada además en una nueva fila como **consulta Nueva**.

**Exámenes Complementarios:**

**Laboratorio:** (Columna 23) Tiquee (✓), si se solicitó pruebas de Laboratorio, sean esto utilizados para control o para realizar el diagnóstico correspondiente, según protocolos de atención vigentes.

**Rayos x:** (Columna 24) Tiquee (✓), si solicito estudios radiológicos, sean esto utilizados para control o para realizar el diagnóstico correspondiente.

**Ecografía Obstétrica y Abdominal:** (Columna 25 y 26) Tique (✓), si solicito estudios ecográfico correspondiente, sean estos utilizados para control o para realizar el diagnóstico correspondiente.

**IVAA (Inspección Visual con Ácido Acético):** (Columna 27) Tiquee (✓) si a la mujer se le realizo la técnica de inspección visual con ácido acético (IVVA).

**PAP (Papanicolaou):** (Columnas 28) Tiquee (✓) si a la paciente se le tomó la muestra para examen citológico cérvico vaginal (PAP).

**Mamografía:** (Columna 29) Tiquee (✓) si solicito estudios monográfico, sea esto utilizado para control o para realizar el diagnóstico correspondiente.

**Otros:** (Columna 30) Marcar (✓), si solicito otros estudios o pruebas ej. Electroencefalograma, etc., sean esto utilizados para control o para realizar el diagnostico correspondiente.

**Resultado:**

**IVAA (Inspección Visual con Acido Acético) Positivo:** (Columna 31) Tiquee (✓) si la paciente dio positivo en el examen del IVAA.

**PAP (Papanicolaou) Positivo:** (Columnas 32) Tiquee (✓) si el resultado del examen citológico cérvico vaginal (PAP) que se le efectuó a la mujer reporto positivo, es decir presuntivo de cáncer cérvico uterino,

**Examen Clínico de Mama Positivo:** (con sospecha de nódulo neoplásico) (Columnas 33) Cuando en la anamnesis la mujer refiere que en la auto inspección detecto la

presencia de nódulos en la región mamaria, esta situación será corroborada en el examen clínico, en tal situación se tiqueara (✓) en la columna correspondiente.

**Examen de Mamografía Positivo:** (Columna 34) ) Tiquee (✓) si el resultado del examen es positivo.

**Interconsulta:** (Columna 35) Tiquee (✓) si el resultado del examen es positivo

**Nº de Prescripciones:** (Columna 36) Registre el Número de prescripciones indicadas.

**Diagnóstico(s):** (Columna 37) Se refiere a los diagnósticos primero y segundo identificados en la Historia Clínica.

En los casos de Violencia identificar la Causa Externa Ej: Politraumatismo por Violencia en la Familia y/o Hecho de Tránsito.

En esta columna se debe escribir únicamente el o los diagnósticos utilizando para ello la misma casilla.

**SI EL DIAGNÓSTICO CORRESPONDE A UNA ENFERMEDAD OBJETO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, INMEDIATAMENTE SE DEBE PROCEDER A LA COMUNICACIÓN AL NIVEL SUPERIOR Y AL LLENADO DEL FORMULARIO SNIS-VE 302a.**

**CIE-10:** (Columna 38) Registrar el código CIE-10 que corresponda según el diagnóstico. No debe ser llenado por el médico, debe ser codificado por el personal de estadística.

**Tratamiento:** (Columna 39) Se refiere al fármaco o placebo a utilizarse para atenuar la enfermedad.

**IVAA (Inspección Visual con Acido Acético) Positivo Tratada:** (Columna 40) Tiquee (✓) si la paciente con IVAA positivo está en tratamiento.

**PAP (Papanicolaou) Positivo Tratada:** (Columnas 41) Tiquee (✓) si la paciente con (PAP) positivo se encuentra en tratamiento.

**Referencia de:** (Columna 42) Registre el nombre del establecimiento que refiere al paciente, verifique boleta de referencia y Contra referencia. Se entiende por el registro de pacientes referidos de otros establecimientos de menor complejidad resolutive que son recibidos por el establecimiento para su atención. Ej. Paciente con Pancreatitis Aguda.

**Contra referencia:** (Columna 43) Registre el nombre del establecimiento al cual se envía el paciente, elabore boleta de referencia y contrareferencia. Se entiende por el registro de pacientes inicialmente referidos del establecimiento a otros establecimientos de