



ADENDA 2018

MANUAL DE REGISTRO HIS DE INMUNIZACIONES

NTS N° 080-MINSA/DGIESP V.04 (R.M. 068-2018-MINSA)



DIRECCIÓN DE INMUNIZACIONES

CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS Y ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código Diagnóstico / Actividad	Código Diagnóstico / Actividad
90585 Vacunación Antituberculosa (BCG)	90708 Vacunación Antisarampión y Rubéola (SR)
90744 Vacunación Antihepatitis Viral B (HVB)	90717 Vacunación Antiamarílica (AMA)
90712 Vacunación Antipoliomielítica (APO)	90701 Vacunación anti Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)
90713 Vacunación Antipoliomielítica (IPV)	90716 Vacuna viva de virus de la varicela, para uso subcutáneo
90723 Vacunación contra DPT – HvB – HiB (Pentavalente)	Z289 Inmunización no realizada por razones no especificadas
Z2781 Vacunación Diftotetánica (dT)	U0009 Actividad de ESN Inmunizaciones
Z251 Vacunación contra Haemophilus Influenzae B (HiB)	99344 Visita familiar integral
90681 Vacunación contra Rotavirus	U124 Capacitación
90669 Vacunación Antineumocócica	
90657 Vacunación contra la Influenza (estacional)	
90707 Vacunación Antisarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	

VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 01 AÑO

Según esquema vigente corresponden a esta edad:

Vacunación SPR, Neumococo, Influenza (Estacional) y Varicela

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

- ✓ En el 1º casillero Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)
- ✓ En el 2º casillero Vacunación Antineumocócica
- ✓ En el 3º casillero Vacunación contra la Influenza Estacional
- ✓ En el 4º casillero Vacunación contra la Varicela



Para el caso de SPR se deberá registrar la 1º dosis de 01 año con “1” en el campo Lab y la 2º dosis a los 18 meses con “2” en el campo Lab; para esta vacuna NO se deberá dejar el campo Lab en blanco.

En el ítem Lab registre:

- ✓ En el 1º casillero “1” para indicar 1º dosis.
- ✓ En el 2º casillero el número de dosis “3” (son los que recibieron 2 dosis cuando fueron menores de 1 año)
- ✓ En el 3º casillero “1” ó “2” según corresponda
- ✓ En el 4º casillero dejar el Lab en blanco (dosis única para la edad)

En los niños(as) de 01 año SOLO se vacuna contra Influenza a los que no completaron su esquema cuando eran menores de 01 año, es decir, 02 dosis a partir de los 07 meses ya que se pueden vacunar hasta los 23 meses.



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO	EVALUACION	ESTA-	SER-	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12			CEFALICO Y ABDOMINAL	ANTROPOMETRICA	BLEC	VICIO		P	D	R		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Perez Carrión															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ (*)FECHA DE NACIMIENTO: _15/_01/_2017_															
20	78963582	10	San Martin de Porres	1	M	PC	PESO	N	N	1. Vacunación Anti Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	P	D	R	1	90707
	1256	80				M	TALLA	C	C	2. Vacunación Antineumocócica	P	D	R	3	90669
						D	Hb	R	R	3. Vacunación contra la Influenza estacional	P	D	R	1	90657
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:															
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___															
					A	PC	PESO	N	N	1. Vacuna viva de virus de la varicela, para uso subcutáneo	P	D	R		90716
					M		TALLA	C	C	2.	P	D	R		
					D	F Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R		

La NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.04 también establece que:

“En la vacunación con virus vivos atenuados parenterales, se deben administrar simultáneamente el mismo día, si no fuera posible, aplicar con un intervalo mínimos de 30 días.”

Cuando el niño(a) recibe la vacuna, transcurrido el plazo señalado en la norma vigente, es decir, a los 13 meses.

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

- ✓ En el 1º casillero Vacunación contra la Varicela
- ✓ En el ítem Lab dejar **en blanco** por ser dosis única para la edad

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Perez Carrión														
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___												(*)FECHA DE NACIMIENTO: 15 / 01 / 2017						
20	78963582	10	San Martin de Porres	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	Vacuna viva de virus de la varicela, para uso subcutáneo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		90716
	1256	80			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.		P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb		R	R	3.		P	D	R	

VACUNACIÓN POST EXPOSICIÓN Y CONTROL DE BROTE

Vacunación Varicela

- En aquellos hospitales con presencia de casos de varicela se aplicará la vacuna a todos los susceptibles, comprendidos entre los 9 meses a 5 años 11 meses y 29 días de edad.
- También se vacunará contra la varicela, a las personas inmunocompetentes susceptibles (pacientes, acompañantes y personal de la salud), hasta 120 horas después del contacto con el caso índice (vacunación de bloqueo) en los hospitales.
- En niños de albergues, cunas, jardín, guarderías se vacunará a los susceptibles en la presencia de casos, siempre que no estén vacunados, así como al personal en riesgo.

En niños *inmunocompetentes susceptibles* (contacto con el caso índice)

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

- ✓ En el 1º casillero Vacunación contra la Varicela

En el ítem Lab registre **BU** por ser dosis única para la edad en bloqueo

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Beatriz Ortiz Paredes														
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___												(*)FECHA DE NACIMIENTO: 05 / 01 / 2013						
20	85693758	10	Rimac	5	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	Vacuna viva de virus de la varicela, para uso subcutáneo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	BU	90716
	5052	80			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.		P	D	R		
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb		R	R	3.		P	D	R	

En adultos *inmunocompetentes susceptibles* (contacto con el caso índice)

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

- ✓ En el 1º casillero Vacunación contra la Varicela

En el ítem Lab registre:

- ✓ En el 1º casillero “**BU**” para indicar dosis única en bloqueo.
- ✓ En el 2º casillero “**ST**” para indicar que es Personal de la salud; **para población general dejar en blanco.**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R					
FICHA FAMILIAR		ETNIA	CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Juana Dominguez Llanca														
FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___						
20	04523694	10	Lurín	59	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1.	Vacuna viva de virus de la varicela, para uso subcutáneo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	BU	90716
	456	80			<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.		P	D	R	ST	
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab		Hb		R	R	3.		P	D	R	