

## ANEXO 2

### ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

|                                  |                                                                                                               |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Organo y/o Unidad Orgánica:      | INFECTOLOGIA                                                                                                  |
| Actividad del POI:               | MONITOREO DEL PROGRAMA TB-VIH-SIDA                                                                            |
| Denominación de la Contratación: | IMPRESIÓN Y ELABORACIÓN MATERIAL INFORMATIVO ,TRIPTICOS TRIPTICOS BANNER,REGISTROS,FICHAS PARA NOTIFICACIONES |

#### I. FINALIDAD PÚBLICA

La finalidad publica es dar cumplimiento a las normas técnica de salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú y su modificatoria (NTS N°077-MINSA/DGSP-V.01) norma técnica de salud para la vigilancia Epidemiológica en salud pública de la infección por el virus dela inmunodeficiencia humana (VIH) y de las infecciones de transmisión sexual (N°115-MINSA/DGE-V.01) Directiva sanitaria para el uso de kit para la atención de casos de violencia (N°083MINSA/2019/DGIESP)

En este marco es indispensable contar con los diferentes fichas y formatos que están dentro de las normas técnicas dispuesto por el ente rector del ministerio de salud y también trabajar en la prevención y transmisión de diferentes ITS –VIH-HEPATITIS mediante el uso de material informativo, dípticos, tríptico, banner publicitarios, gíntografías

#### II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

Requerimiento de impresión y elaboración de material informativo, trípticos trípticos banner, registros, fichas para notificaciones según normativa del ministerio de salud que debe dar cumplimiento el hospital Regional Cusco de acuerdo a las diferentes normas vigentes.

#### II. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

IMPRESIÓN Y ELABORACION DE MATERIAL INFORMATIVO, TRIPTICOS, DIPTICOS, REGISTROS, BANNER, TARJETAS

| CODIGO SIGA | ESPECIFICACION                                                  | CANTIDAD                                                                        |
|-------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| MODELO 01   | TRIPTICO TODOS JUNTOS CONTRA LA HEPATTIS B<br>ADJUNTO MODELO 01 | 2 MULLARES<br>PAPEL COUCHE<br>90g O PAPEL<br>ESTUCADO<br>28CM<br>ANCHIOX20CM DE |

|           |                                                                           |                                                                                                                                                                    |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modelo 02 | DIPTICOS PEP<br>ADJUNTO MODELO<br>02                                      | ALTURA REVERSO<br>Y ANVERSO<br>REVERSO Y<br>ANVERSO<br>2 MILLARES<br>PAPEL COUCHE 90g<br>O PAPEL<br>ESTUCADO<br>20CM ALTURAX<br>20CM ANCHO<br>REVERSO Y<br>ANVERSO |
| MODELO 03 | DIPTICOS PREP<br>MODELO 03                                                | 2 MILLARES<br>PAPEL COUCHE 90g<br>O PAPEL<br>ESTUCADO 20CM<br>ALTURAX 20CM<br>ANCHO REVERSO Y<br>ANVERSO                                                           |
| MODELO 04 | TRIPTICO SEGURIDAD PROTECCION SEGURIDAD DE<br>LA ITS ADJUNTO<br>MODELO 04 | 2 MILLARES<br>PAPEL COUCHE 90g<br>O PAPEL<br>ESTUCADO<br>28CM ANCHO X<br>20CM DE ALTURA<br>REVERSO Y<br>ANVERSO                                                    |
| MODELO 05 | FORMATO TRATAMIENTO PARA SIFILIS<br>ADJUNTO<br>MODELO 05                  | 1 MILLARES<br>PAPEL ESTANDAR<br>(BOND/OFFSET A4-                                                                                                                   |
| MODELO 06 | FORMATO ENTREGA DE PRESERVATIVOS<br>ADJUNTO MODELO 06                     | 2 MILLARES<br>PAPEL ESTANDAR<br>(BOND/OFFSET A4-                                                                                                                   |
| MODELO 07 | HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA<br>ADJUNTO<br>MODELO 07              | 5 MILLARES<br>PAPEL ESTANDAR<br>(BOND/OFFSET A4-<br>REVERSO Y<br>ANVERSO                                                                                           |
| MODELO 08 | UAMP MUJERES<br>MODELO 08                                                 | 1 MILLAR<br>PAPEL ESTANDAR<br>(BOND/OFFSET A4-                                                                                                                     |
| MODELO 09 | CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA DE<br>ELIZA PARA VIH<br>MODELO 09  | 15 MILLARES<br>PAPEL ESTANDAR<br>(BOND/OFFSET A4-                                                                                                                  |
| MODELO 10 | NOTAS DE ENFERMERIA<br>MODELO 10                                          | 5 MILLARES<br>PAPEL<br>(BOND/OFFSET A4-<br>75 G                                                                                                                    |
| MODELO 11 | Formato SUPRESION DE LA LACTANCIA MATERNA<br>MODELO 11                    | 1 MILLAR                                                                                                                                                           |

|           |                                                                                       |                                                          |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|           |                                                                                       | PAPEL<br>(BOND/OFFSET A4-75G)                            |
| MODELO 12 | FORMATO VIII SIFILIS HEPATITIS B HEPATIS C<br>MODELO 12                               | 2 MILLARES<br>PAPEL<br>(BOND/OFFSET A4-                  |
| MODELO 13 | FORMATO SIFILIS<br>MODELO 13                                                          | 1 MILLAR<br>PAPEL 75G<br>(BOND/OFFSET A4-                |
| MODELO 14 | FORMATO SIFILIS-HEPATITIS C- ANTIGENO DE<br>SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B<br>MODELO 14 | 2 MILLARES<br>PAPEL ESTANDAR<br>(BOND/OFFSET A4-<br>)75G |

|           |                                                                                                                   |                                                                            |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| MODELO 15 | FORMATO ANEXO 01 ORDEN DE LABORATORIO DE<br>PRUEBAS DE TAMIZAJE PARA HEPATITIS VIRAL<br>MODELO 15                 | 500 UNIDADES<br>(BOND/OFFSET<br>A4-) 75 G                                  |
| MODELO 16 | FORMATO ANEXO 02 ORDEN DE LABORATORIO DE<br>CARGA VIRAL PARA HEPATITIS B<br>MODELO 16                             | 1 MILLAR<br>(BOND/OFFSET<br>A4-)75 G                                       |
| MODELO 17 | MINI BANNNER PUBLICITARIO DIA<br>INTERNACIONAL DEL CONDON 1 METROS DE<br>ALTO X 1 METRO DE ANCHO MODELO 17        | 12 UNIDADES<br>LONA VINILICA<br>PVC/13 OZ<br>CON TUBO PARA<br>PODER COLGAR |
| MODELO 18 | MINI BANNNER PUBLICITARIO DIA<br>INTERNACIONAL DE LA HEPATITIS B 1 METROS<br>DE ALTO X 1 METRO DE ANCHO MODELO 18 | 12 UNIDAD<br>LONA VINILICA<br>PVC/13 OZ<br>CON TUBO PARA<br>PODER COLGAR   |
| MODELO 19 | MINI BANNNER PUBLICITARIO DIA MUNDIAL DE<br>LUCHA CONTRA EL VIH 1 METROS DE ALTO X 1<br>METRO DE ANCHO MODELO 19  | 12 UNIDAD<br>LONA VINILICA<br>PVC/13 OZ<br>CON TUBO PARA<br>PODER COLGAR   |
| MODELO 20 | INMUNOLOGIA VIH 3RA GENERACION BLOCK X<br>100 MODELO 20                                                           | 2 MILLARES<br>MEDIA CARTA<br>ESTANDAR                                      |
| MODELO 21 | VIII-SIFILIS -HEPATITIS B BLOCK X100 MODELO<br>21                                                                 | 10 MILLARES<br>MEDIA CARTA<br>ESTANDAR                                     |
| MODELO 22 | FORMATO VIII-HEPATITIS C-SIFILIS<br>MODELO 22                                                                     | 1000 UNIDADES<br><br>(BOND/OFFSET<br>A4-)                                  |
| MODELO 23 | FORMATO ANEXO 03 EVALUACION PARA<br>INGRESO AL TRATAMIENTO PARA HETATITIS B<br>MODELO 23                          | 1000 UNIDADES<br>(BOND/OFFSET<br>A4-)                                      |

|           |                                                                                                                             |                                                                                                                   |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MODELO 24 | ANEXO 08 FICHA DE INVESTIGACION CLINICO<br>EPIDEMIOLOGICO HEPATITIS VIRAL B, D, C<br>MODELO 24                              | 1000 UNIDADES<br>(BOND/OFFSET<br>A4-)                                                                             |
| MODELO 25 | FORMATO ANEXO 10 HOJA DE CONSENTIMIENTO<br>INFORMADO PARA INICIO DE TRATAMIENTO<br>HEPATITIS B<br>MODELO 26                 | 1000 UNIDADES<br>(BOND/OFFSET<br>A4-)                                                                             |
| MODELO 26 | RECETAS CON INDICACION MEDICA BLOCK X100<br>MODELO 26 CON AUTOCOPIADO                                                       | 3 MILLARES<br>MEDIA CARTA<br>ESTANDAR                                                                             |
| MODELO 27 | REGISTRO ESTRATEGIA SANITARIA DE<br>PREVENCION Y CONTROL DE ITS/VII/HIEPATITIS<br>DESPISTAJE DE ITS X100 HOJAS<br>MODELO 27 | 12 REGISTROS<br>PAPEL BOND DE 75<br>G A4 CON TAPA DE<br>PLASTICO<br>TRANSPARENTE Y<br>ANILLADO                    |
| MODELO 28 | REGISTRO PARA POBLACION CLAVE TS- MUJERES<br>X 100 HOJAS MODELO 28                                                          | 12 REGISTROS<br>PAPEL BOND DE<br>75g A4 CON TAPA<br>DE PLASTICO<br>TRANSPARENTE Y<br>ANILLADO DE<br>MEDIA PULGADA |
| MODELO 29 | REGISTRO PARA POBLACION GENERAL<br>GINECOLOGIA GESTANTES X 100 HOJAS<br>MODELO 29                                           | 12 REGISTROS<br>PAPEL BOND DE<br>75g A4 TAPA<br>PLASTICA,<br>ANILLADO DE<br>MEDIA PULGADA                         |

|           |                                                                                                  |                                                                                        |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| MODELO 30 | REGISTRO DE GESTANTES SERODISCORDANTES PARA VIH<br>X 100 HOJAS<br>MODELO 30                      | 02 REGISTROS<br>PAPEL BOND DE 75g<br>A4 TAPA PLASTICA,<br>ANILLADO DE MEDIA<br>PULGADA |
| MODELO 31 | REGISTRO DE NIÑOS DE MADRES SERODISCORDANTES<br>PARA VIH X 50 HOJAS<br>MODELO 31                 | 02 REGISTROS<br>PAPEL BOND DE 75g<br>A4 TAPA PLASTICA,<br>ANILLADO DE<br>MEDIA PULGADA |
| MODELO 32 | REGISTRO HIS CODIGO VIOLETA X 100 HOJAS<br>MODELO 32                                             | 02 REGISTROS<br>PAPEL BOND DE 75g<br>A4 TAPA PLASTICA,<br>ANILLADO DE MEDIA<br>PULGADA |
| MODELO 33 | REGISTRO DE VERIFICACION CODIGO VIOLETA EN EL<br>SERVICIO DE EMERGENCIA X 100 HOJAS<br>MODELO 33 | 02 REGISTROS<br>PAPEL BOND DE 75g<br>A4 TAPA PLASTICA,<br>ANILLADO DE MEDIA<br>PULGADA |

|           |                                                                                                          |                                                                                                            |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MODELO 34 | REGISTRO DE PAPANICOLAU Y SECRECIÓN VAGINAL X 100<br>HOJAS<br>MODELO 34                                  | 12 REGISTROS<br>PAPEL BOND DE 75g<br>TAPA PLÁSTICA,<br>ANILLADO DE MEDIA<br>PULGADA                        |
| MODELO 35 | FOLDERES CON TERMINACIÓN 5,6,8,9,<br>MODELO 35                                                           | 500 UNIDADES DE<br>CADA UNO                                                                                |
| MODELO 36 | LETREROS PUBLICITARIOS EN 3D 1-CERITSS<br>2- LABORATORIO CERITSS<br>3-UAMP<br>MODELO 36                  | PAPEL COUCHE 90g<br>03 UNIDADES<br>LONA VINÍLICA<br>PVC/13 OZ<br>CON TUBO PARA<br>PODER COLGAR             |
| MODELO 37 | FORMATOS PARA HIS<br>MODELO 37                                                                           | 1 MILLAR<br>(BOND/OFFSET A4-<br>75 G                                                                       |
| MODELO 38 | FORMATO CUESTIONARIO DE REGISTRO PARA PREP<br>MODELO 38                                                  | 1 MILLAR<br>BOND/OFFSET A4-<br>75G                                                                         |
| MODELO 39 | FORMATO ANEXO 2 CUESTIONARIO DE REGISTRO DE<br>SELECCIÓN PARA PREP PAREJAS SERODISCORDANTES<br>MODELO 39 | 1 MILLAR<br>BOND/OFFSET A4-<br>75G                                                                         |
| MODELO 40 | FORMATO ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO<br>PARA RECIBIR PREP<br>MODELO 40                               | 1 MILLAR<br>BOND/OFFSET A4-75<br>G                                                                         |
| MODELO 41 | FORMATO ANEXO 4 INDICADORES PARA EL MONITOREO Y<br>EVALUACIÓN DE LA PREP MODELO 41                       | 1 MILLAR<br>BOND/OFFSET A4-)<br>75 G                                                                       |
| MODELO 42 | LIBRO REGISTRO PARA PREP<br>25 CM ANCHO Y 35 CM DE ALTURA<br>MODELO 42                                   | 2 REGISTROS DE<br>210X290 PAPEL DE<br>75G<br>X 200 HOJAS REVERO<br>Y ANVERSO TAPA<br>EMPASTADO             |
| MODELO 43 | LIBRO REGISTRO PEP<br>25 CM ANCHO Y 35 CM DE ALTURA<br>MODELO 43                                         | 2 REGISTROS<br>210X290 PAPEL DE<br>75G<br>X 200 HOJAS REVERO<br>Y ANVERSO<br>TAPA EMPASTADO                |
| MODELO 44 | DIPTICO DISFRUTA TU SEXUALIDAD SALUDABLE<br>MODELO 44                                                    | 2 MILLARES<br>PAPEL COUCHE 90g O<br>PAPEL ESTUCADO 20<br>CM DE ALTURA X<br>20CM ANCHO<br>REVERSO Y ANVERSO |
| MODELO 45 | MODELO 45<br>SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO CONSULTA<br>EXTERNA                                    | 5 MILLARES<br>BOND/OFFSET A4-) 75<br>G                                                                     |

#### IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS

**V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN (**

**(VI. GARANTÍA COMERCIAL**

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del bien ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

**VII. MUESTRAS**

**IX. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL**

**X. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA**

*Lugar:* Los bienes serán entregados en Almacén Central del Hospital Regional Cusco, ubicado en la Av. La Cultura S/N del distrito, provincia y departamento de Cusco.

*Y luego serán entregados en el CERITSS del Hospital Regional Cusco*

*Plazo:* Los bienes materia de la presente convocatoria se entregan en el plazo de 30 DIAS CALENDARIO NOTIFICADA LA ORDEN DE COMPRA.

**XI. CONFORMIDAD**

La conformidad de los bienes, será otorgada por el área usuaria (Servicio del **CERITSS** para lo cual el proveedor deberá cumplir con las especificaciones técnicas requeridas, la recepción del bien por el jefe de Almacén Central del Hospital Regional Cusco. *(los formatos, registros, tarjetas, banner, registros tendrán que ser verificados primero por el CERITSS del Hospital Regional Cusco antes del internamiento al almacén*

**XII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO**

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en PAGO UNICO

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Recepción del Almacén Central de la Entidad.
- Conformidad otorgada por el área usuaria.
- Comprobante de pago.

La Entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato.

**XIII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA**

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del bien ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

**XIV. PENALIDADES**

*Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:*

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo en días}}$$

Donde F = 0.40.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

Se considera justificado el retraso, cuando el contratista acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.

Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

#### **XV. OTRAS PENALIDADES**

#### **XVI. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL**

El Hospital Regional Cusco puede resolver el contrato, en los siguientes casos:

- Por acumulación del monto máximo de la penalidad por mora o por el monto máximo para otras penalidades, en la ejecución de la prestación a su cargo.
- Caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite la continuación del contrato.
- Incumplimiento de obligaciones contractuales, por causa atribuible al contratista.
- Hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato, de supuesto distinto al caso fortuito o fuerza mayor, no imputable a ninguna de las partes, que imposibilite la continuación del contrato.
- Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción y antisoborno.
- Por la presentación de documentación falsa o inexacta durante la ejecución contractual.

#### **XVII. OBLIGACION ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO**

A la suscripción del contrato o de la formalización de la Orden, el Contratista declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, al (los) evaluador (es) del proceso de contratación o cualquier servidor de Hospital Regional Cusco.

Asimismo, el Contratista se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente. Aunado a ello, el Contratista se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito.

En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados. Adicionalmente, el Contratista se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con el Hospital Regional Cusco.

Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

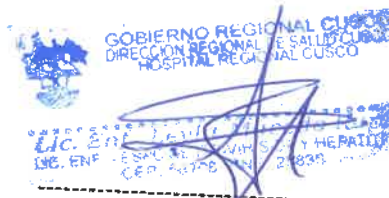
Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acápite, durante la ejecución contractual, otorga a Hospital Regional Cusco el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

**XVIII. SOLUCION DE CONTROVERSIAS**

Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación, son resueltos mediante trato directo y conciliación.

**XIX. GESTIÓN DE RIESGOS**

Las partes realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente documento, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación.



*Firma*

*Área usuaria o técnica estratégica*

## COMPLICACIONES:

- Hepatitis crónica
- Cirrosis hepática
- Carcinoma hepatocelular

## SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Ictericia
- Pérdida de apetito
- Fatiga
- Náuseas y vómitos
- Fiebre
- Heces de color arcilla/pálida
- Orina oscura
- Prurito generalizado

## TRATAMIENTO:

- Reposo en cama
- Restringir los ejercicios físicos
- Hasta que desaparezca la hepatomegalia y la ictericia
- Ingesta de proteínas
- No administrar medicamentos
- Evitar el consumo de alcohol
- Se recomienda evitar el sobrepeso y la obesidad
- Interferón (Vía parenteral)
- Adexovir (Vía oral)
- Entecavir (Vía oral)

## PREVENCIÓN:

- \*Evita tener relaciones sexuales con diferentes personas (promiscuidad).

Otro Formato

- \*Nunca compartas objetos personales.

- \*Las vacunas impiden que ud. contagia la Hepatitis B. SON 3 DOSIS.

- \*Las personas que tocan sangre en su trabajo deben usar guantes

Todos juntos contra la

# Hepatitis B

Cuidar de mí, es cuidar de ti

1

Modelo



"Por un futuro sin hepatitis"

Disfruta sin riesgos, cuida tu salud



PERU Ministerio de Salud

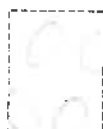
Hospital Regional de Arequipa

La Profilaxis Post-Exposición (PEP) consiste en el uso de antirretrovirales posterior a una posible exposición al VIH para disminuir el riesgo de transmisión.

La PEP es para situaciones de emergencia y debe ser atendida en las primeras 72 horas.

## UNA ASERCIÓN SUSTITUTIVA

Se trata de la combinación del uso del preservativo con otros métodos que previenen el VIH.



UNA ASERCIÓN SUSTITUTIVA

El uso del preservativo es una herramienta fundamental para prevenir el VIH, pero no es la única. La prevención combinada integra un conjunto de programas diseñados con el objetivo de satisfacer las necesidades de prevención del VIH de algunas personas y comunidades específicas. Muchas veces, algunas poblaciones son afectadas por la epidemia de distinta manera que otras y esto requiere una intervención que se adecue y adapte a cada situación. Cada estrategia es debe ser fundamentada en los derechos y la evidencia científica desde una perspectiva de salud pública.



## UNA ASERCIÓN SUSTITUTIVA

• Testeo y Diagnóstico Temprano de VIH (Tratamiento como Prevención)



• Profilaxis Post-Exposición (PEP), es un tratamiento de emergencia para el VIH al que se accede inmediatamente después de haber estado expuesto a una situación de riesgo (hasta 72 hs después). Tiene una duración de 30 días.



• Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)



• Vacuna Preventiva para el VIH, actualmente en investigación.



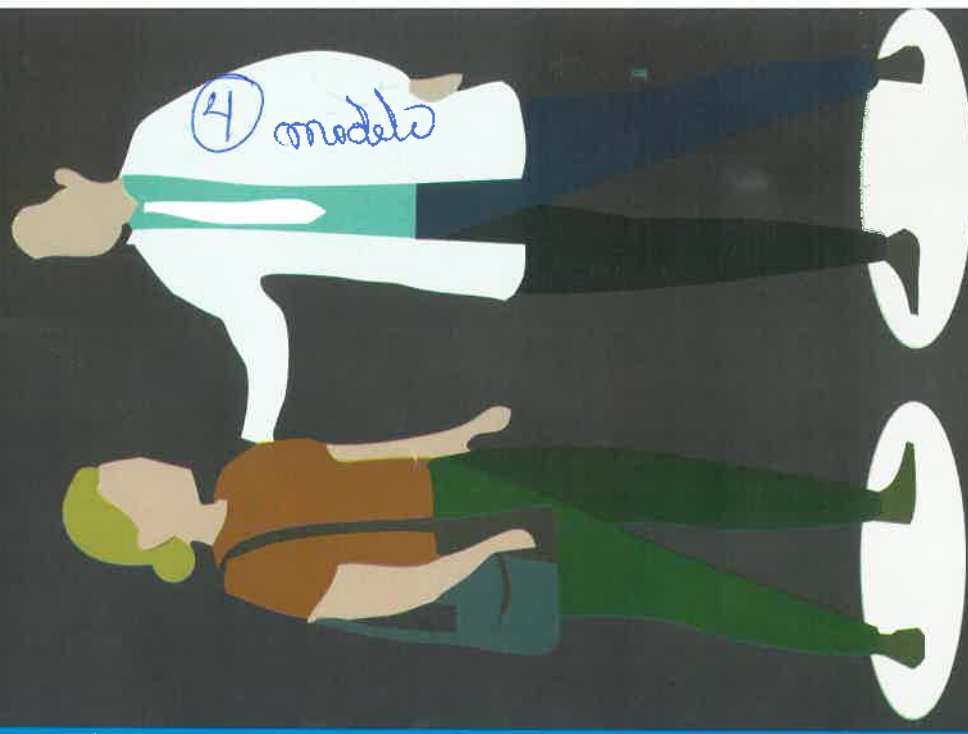
CONSTRUYENDO UN MUNDO SALUDABLE JUNTOS

# Uso adecuado del CONDÓN



## PARA MAYOR INFORMACIÓN Y/O ATENCIÓN:

- Acude a cualquier establecimiento de salud.
- Visita la Estrategia de Prevención y Control de las ITS- VIH/SIDA y Hepatitis B del Hospital Regional del Cusco



Protección  
Tranquilidad  
Seguridad

# Las ITS

**pueden prevenirse**

**"Pongamos fin al SIDA, Igualdad YA"**

**Disfruta sin riesgos, ponte el condón**



PERÚ

Ministerio  
de Salud



5

## HOSPITAL REGIONAL CUSCO

### ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS VIH/SIDA Y HEPATITIS B

#### TRATAMIENTO PARA SÍFILIS

NIOMBRE Y APELLIDO COMPLETO: .....

FECHA DE NACIMIENTO: ..... / ..... / .....

EDAD .....

HISTORIA CLINICA .....

D.N.I. : .....

DIRECCIÓN : .....

PROCEDENCIA : .....

DIAGNOSTICO : SÍFILIS

RESULTADO : .....dils

| PENICILINA<br>BENZATINICA<br>2400.00 | ZONA DE<br>ADMINISTRACIÓN | FECHA DE<br>ADMINISTRACIÓN | FIRMA Y SELLO<br>PROFESIONAL |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|
| PRIMERA DOSIS                        | INTRAMUSCULAR             | ..... / ..... / 202.....   |                              |
| SEGUNDA DOSIS                        | INTRAMUSCULAR             | ..... / ..... / 202.....   |                              |
| TERCERA DOSIS                        | INTRAMUSCULAR             | ..... / ..... / 202.....   |                              |

CONTROL EN 3 MESES

53

08 modelo

**HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
Ministerio de Salud  
Punto de Atención Primaria



**ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL  
DE ITS - VIH/SIDA Y HEPATITIS**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ H.C.I.: \_\_\_\_\_

Población: ( ) General ( ) Clave ( ) U.A.M.P ( ) Adolescentes

P.F. \_\_\_\_\_ ( ) D.N.I.: \_\_\_\_\_

( ) Carnet de Extranjería \_\_\_\_\_ ( ) Pasaporte \_\_\_\_\_

**ENTREGA DE PRESERVATIVOS**

( ) CONDONES FEMENINOS

( ) CONDONES MASCULINOS

Fecha: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
Ministerio de Salud  
Punto de Atención Primaria



**ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL  
DE ITS - VIH/SIDA Y HEPATITIS**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ H.C.I.: \_\_\_\_\_

Población: ( ) General ( ) Clave ( ) U.A.M.P ( ) Adolescentes

P.F. \_\_\_\_\_ ( ) D.N.I.: \_\_\_\_\_

( ) Carnet de Extranjería \_\_\_\_\_ ( ) Pasaporte \_\_\_\_\_

**ENTREGA DE PRESERVATIVOS**

( ) CONDONES FEMENINOS

( ) CONDONES MASCULINOS

Fecha: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
Ministerio de Salud  
Punto de Atención Primaria



**ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL  
DE ITS - VIH/SIDA Y HEPATITIS**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ H.C.I.: \_\_\_\_\_

Población: ( ) General ( ) Clave ( ) U.A.M.P ( ) Adolescentes

P.F. \_\_\_\_\_ ( ) D.N.I.: \_\_\_\_\_

( ) Carnet de Extranjería \_\_\_\_\_ ( ) Pasaporte \_\_\_\_\_

**ENTREGA DE PRESERVATIVOS**

( ) CONDONES FEMENINOS

( ) CONDONES MASCULINOS

**HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
Ministerio de Salud  
Punto de Atención Primaria



**ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL  
DE ITS - VIH/SIDA Y HEPATITIS**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ H.C.I.: \_\_\_\_\_

Población: ( ) General ( ) Clave ( ) U.A.M.P ( ) Adolescentes

P.F. \_\_\_\_\_ ( ) D.N.I.: \_\_\_\_\_

( ) Carnet de Extranjería \_\_\_\_\_ ( ) Pasaporte \_\_\_\_\_

**ENTREGA DE PRESERVATIVOS**

( ) CONDONES FEMENINOS

( ) CONDONES MASCULINOS

Fecha: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

07

## HOSPITAL REGIONAL CUSCO

## HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

SERVICIO: FECHA: HORA: Edad: Primera Consulta ☐ Seguimiento ☐

Antecedentes (Personales, familiares, epidemiológicos y ocupacionales)

ENFERMEDAD ACTUAL: Fecha de inicio de síntomas:  
Síntomas y signos / Relato

Tiempo de Enfermedad:

Funciones Biológicas: Apetito: Sed: Sueño: Orina: Deposiciones:

Examen Físico: PA: T° FC FR: Peso: Talla:

Estado General, hidratación, nutrición y de conciencia:

## DIAGNOSTICOS:

P

D

CIE 10

## PLAN DE TRABAJO

Exámenes de ayuda diagnóstica:

Procedimiento especiales:

Interconsultas:

Referencia ☐ Contrareferencia ☐

(Lugar y Motivo)

Proxima Cita:

Tratamiento y Recomendaciones:

Firma y Sello del médico tratante

SERVICIO: FECHA: HORA: Edad: Primera Consulta ☐ Seguimiento ☐

Antecedentes (Personales, familiares, epidemiológicos y ocupacionales)

ENFERMEDAD ACTUAL: Fecha de inicio de síntomas:  
Síntomas y signos / Relato

Tiempo de Enfermedad:

Funciones Biológicas: Apetito: Sed: Sueño: Orina: Deposiciones:

Examen Físico: PA: T° FC FR: Peso: Talla:

Estado General, hidratación, nutrición y de conciencia:

## DIAGNOSTICOS:

P

D

CIE 10

## PLAN DE TRABAJO

Exámenes de ayuda diagnóstica:

Procedimiento especiales:

Interconsultas:

Referencia ☐ Contrareferencia ☐

(Lugar y Motivo)

Proxima Cita:

Tratamiento y Recomendaciones:

Firma y Sello del médico tratante

NOMBRES Y APELLIDOS:

HISTORIA CLINICA N°



8 modelos



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL ITS - VIH/SIDA Y HEPATITIS B



UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA PERIODICA (UAMP)  
HISTORIA CLÍNICA - UAMP - MUJERES



Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Etnia \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_

Lugar de Procedencia \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ H.C.I. \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nº Celular \_\_\_\_\_

| MOTIVO DE CONSULTA                                                                                                         | EXAMEN CLINICO                             | SECRECIÓN VAGINAL                                                                                                                                                                                                         | SECRECIÓN ENDOCERVICAL                                                                                                                                                                                                         | SANGRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DIAGNOSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Control ( )<br>Flujo Vaginal ( )<br>Dolor abdom. bajo ( )<br>Úlcera genital ( )<br>Disuria ( )<br>Prurito ( )<br>Otros ( ) | ( ) Normal<br>( ) Anormal<br>(especifique) | DIRECTO:<br>pH : ---<br>KOH (Test de Aminas) (+) (-)<br>Tricomonas (+) (-)<br>Pseudohifas (+) (-)<br>Celulas claves (+) (-)<br>Score de Nugent. ---<br><br>SECRECIÓN ANAL<br><br>Cultivo NG<br>( ) Se hizo ( ) No se hizo | GRAM :<br>( ) Se hizo ( ) No se hizo<br>( ) Negativo<br>( ) Positivo<br>Diplococos gran neg. (+) (-)<br>Leucocitos/campo. ---<br>Cultivo NG<br>( ) Se hizo ( ) No se hizo<br>ELISA para Clamidia<br>( ) Se hizo ( ) No se hizo | RPR<br>( ) Se hizo ( ) No se hizo<br>Pba rapida VIH<br>( ) Se hizo ( ) No se hizo<br>Pba rapida HBsAg<br>( ) Se hizo ( ) No se hizo<br>RPR<br>( ) Reactivo ( ) No Reactivo<br>--- días<br>FTA Abs SIFILIS<br>( ) Se hizo ( ) No se hizo<br>VIH<br>( ) Reactivo ( ) No Reactivo<br>HBsAg<br>( ) Reactivo ( ) No Reactivo | Sana ( )<br>Candidiasis ( )<br>Vaginosis Bacteriana ( )<br>Tricomonomiasis ( )<br>Cervicitis ( )<br>Gonorrrea ( )<br>Clamidiass ( )<br>Úlcera genital ( )<br>Bulbón inguinal ( )<br>Úlcera anal ( )<br>EIP ( )<br>Condilomas ( )<br>Herpes genital ( )<br>Sífilis Primaria ( )<br>Sífilis Latente ( )<br>VIH ( )<br>Hepatitis B ( )<br>Otros ( ) |
| TRATAMIENTO                                                                                                                | Metronidazol ( )<br>Penicilina ( )         | Clotrimazol ( )<br>Ciprofloxacino ( )                                                                                                                                                                                     | Azitromicina ( )<br>Doxiciclina ( )                                                                                                                                                                                            | Benzatínica 2.4 UI ( )<br>Otro ( ) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                | Médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| RESULTADOS POSTERIORES                                                                |                                                                                    |                                                                                           |                                                                                    |                                                                                             |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Cultivo NG Vaginal<br>( ) Positivo<br>( ) Negativo<br>Fecha de Reporte<br>---/---/--- | Cultivo NG Anal<br>( ) Positivo<br>( ) Negativo<br>Fecha de Reporte<br>---/---/--- | ELISA para Clamidia<br>( ) Reactivo<br>( ) No Reactivo<br>Fecha de Reporte<br>---/---/--- | FTA Abs Sifilis<br>( ) Reactivo ( ) No Reactivo<br>Fecha de Reporte<br>---/---/--- | Recibio Tto. adecuado<br>SI ( ) NO ( )<br>Referida al Sistema de Captación<br>SI ( ) NO ( ) | Fecha de Tto. de 2 evaluación<br>---/---/--- |
| CONSEJERIA<br>SI ( ) NO ( )                                                           | CONDONES<br>SI ( ) Nº _____<br>NO ( )                                              | Tarjeta de Referencia<br>SI ( ) NO ( )                                                    | Otros ( )                                                                          | Consejera:                                                                                  |                                              |
| VACUNAS                                                                               | HEPATITIS B                                                                        | PRIMERA DOSIS<br>---/---/---                                                              | SEGUNDA DOSIS<br>---/---/---                                                       | TERCERA DOSIS<br>---/---/---                                                                |                                              |
| BK ESPUTO                                                                             | MUESTRAS                                                                           | PRIMERA MUESTRA<br>---/---/---                                                            | SEGUNDA MUESTRA<br>---/---/---                                                     |                                                                                             |                                              |
| PAP<br>( ) Se hizo ( ) No se hizo                                                     | ( ) Se hizo ( ) No se hizo                                                         | ---                                                                                       |                                                                                    |                                                                                             |                                              |
| TEST DE EMBARAZO<br>( ) Se hizo ( ) No se hizo                                        | ( ) Se hizo ( ) No se hizo                                                         | ---                                                                                       |                                                                                    |                                                                                             |                                              |
| USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS<br>( ) SI ( ) NO                                       | Método: _____                                                                      |                                                                                           |                                                                                    |                                                                                             |                                              |
| CÓDIGO DE REPORTE                                                                     | Nº de visitas :                                                                    | 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 / 11 / 12                                          |                                                                                    |                                                                                             | CONDICIÓN: N / C                             |

CITAS : \_\_\_\_\_

09

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
CUSCO

# **CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA DE ELISA PARA VIH**

PROCETSS  
ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN  
Y CONTROL DE LAS ITS - VIH/SIDA

Región: CUSCO

Establecimiento: H.R.C.

Yo:

(APELLIDOS Y NOMBRES)

H.C.L.

F.N. (

EDAD:

Habiendo recibido consejería e información acerca del VIH y la Prueba de ELISA, Autorizo se me tome la muestra de sangre para el despistaje del VIH/SIDA, me comprometo a regresar para recibir la consejería post-test y mis resultados el día: / /

FIRMA DEL CONSEJERO

FIRMA DEL PACIENTE

Nombre:

L.E. / DNI:

NOTA: En situaciones especiales como niños, personas con trastorno mentales o con incapacidad para decidir sobre la realización de la prueba se deberá contar con la firma de un APODERADO O REPRESENTANTE debidamente identificado.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
CUSCO

# **CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA DE ELISA PARA VIH**

PROCETSS  
ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN  
Y CONTROL DE LAS ITS - VIH/SIDA

Región: CUSCO

Establecimiento: H.R.C.

Yo:

(APELLIDOS Y NOMBRES)

H.C.L.

F.N. (

EDAD:

Habiendo recibido consejería e información acerca del VIH y la Prueba de ELISA, Autorizo se me tome la muestra de sangre para el despistaje del VIH/SIDA, me comprometo a regresar para recibir la consejería post-test y mis resultados el día: / /

FIRMA DEL CONSEJERO

FIRMA DEL PACIENTE

Nombre:

L.E. / DNI:

NOTA: En situaciones especiales como niños, personas con trastorno mentales o con incapacidad para decidir sobre la realización de la prueba se deberá contar con la firma de un APODERADO O REPRESENTANTE debidamente identificado.

10



# HOSPITAL REGIONAL CUSCO

## ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS VIH/SIDA Y HEPATITIS B

### NOTAS DE ENFERMERÍA

H.C.I. \_\_\_\_\_ Usuario adulto (a) acude al servicio: \_\_\_\_\_ en A \_\_\_\_\_ EG, lotep, afebril \_\_\_\_\_  
 refiere \_\_\_\_\_ emocionalmente \_\_\_\_\_ apetito \_\_\_\_\_ alimentación \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ signos de RAM higiene corporal \_\_\_\_\_ toma sus medicamentos en forma \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ por lo que actualmente presenta una adherencia del \_\_\_\_\_ se le brinda consejería de  
 soporte y se le hace entrega de su medicación completa para \_\_\_\_\_ medicamentos que recibe:  
 1° \_\_\_\_\_  
 2° \_\_\_\_\_  
 3° \_\_\_\_\_  
 Se entrega medicamentos hasta el día \_\_\_\_\_ y condones \_\_\_\_\_  
 \* Exámenes de control interno \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
 \* CD 4 + Carga Viral \_\_\_\_\_

H.C.I. \_\_\_\_\_ Usuario adulto (a) acude al servicio: \_\_\_\_\_ en A \_\_\_\_\_ EG, lotep, afebril \_\_\_\_\_  
 refiere \_\_\_\_\_ emocionalmente \_\_\_\_\_ apetito \_\_\_\_\_ alimentación \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ signos de RAM higiene corporal \_\_\_\_\_ toma sus medicamentos en forma \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ por lo que actualmente presenta una adherencia del \_\_\_\_\_ se le brinda consejería de  
 soporte y se le hace entrega de su medicación completa para \_\_\_\_\_ medicamentos que recibe:  
 1° \_\_\_\_\_  
 2° \_\_\_\_\_  
 3° \_\_\_\_\_  
 Se entrega medicamentos hasta el día \_\_\_\_\_ y condones \_\_\_\_\_  
 \* Exámenes de control interno \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
 \* CD 4 + Carga Viral \_\_\_\_\_

H.C.I. \_\_\_\_\_ Usuario adulto (a) acude al servicio: \_\_\_\_\_ en A \_\_\_\_\_ EG, lotep, afebril \_\_\_\_\_  
 refiere \_\_\_\_\_ emocionalmente \_\_\_\_\_ apetito \_\_\_\_\_ alimentación \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ signos de RAM higiene corporal \_\_\_\_\_ toma sus medicamentos en forma \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ por lo que actualmente presenta una adherencia del \_\_\_\_\_ se le brinda consejería de  
 soporte y se le hace entrega de su medicación completa para \_\_\_\_\_ medicamentos que recibe:  
 1° \_\_\_\_\_  
 2° \_\_\_\_\_  
 3° \_\_\_\_\_  
 Se entrega medicamentos hasta el día \_\_\_\_\_ y condones \_\_\_\_\_  
 \* Exámenes de control interno \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
 \* CD 4 + Carga Viral \_\_\_\_\_

H.C.I. \_\_\_\_\_ Usuario adulto (a) acude al servicio: \_\_\_\_\_ en A \_\_\_\_\_ EG, lotep, afebril \_\_\_\_\_  
 refiere \_\_\_\_\_ emocionalmente \_\_\_\_\_ apetito \_\_\_\_\_ alimentación \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ signos de RAM higiene corporal \_\_\_\_\_ toma sus medicamentos en forma \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ por lo que actualmente presenta una adherencia del \_\_\_\_\_ se le brinda consejería de  
 soporte y se le hace entrega de su medicación completa para \_\_\_\_\_ medicamentos que recibe:  
 1° \_\_\_\_\_  
 2° \_\_\_\_\_  
 3° \_\_\_\_\_  
 Se entrega medicamentos hasta el día \_\_\_\_\_ y condones \_\_\_\_\_  
 \* Exámenes de control interno \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
 \* CD 4 + Carga Viral \_\_\_\_\_



Ministerio de Salud  
Personas que atienden Personas

## ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS - VIH/SIDA Y HEPATITIS



### HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO PP 0016 - ESPCTTS-VIH/SIDA/Y HEPATITIS

#### SUPRESION DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO CON SUCEDANEOS DE LA LECHE

- Toda madre infectada por el VIH, debe recibir consejería referente a la importancia del cuidado y tipo de alimentación de su hijo, esta consejería debe ser reforzada en los diferentes controles de crecimiento y desarrollo.
- Está prohibida la lactancia materna a todo hijo nacido de madre infectada por el VIH. también está contraindicada la lactancia cruzada (dar de lactar al niño por otra mujer).
- Se indicara a la puerperal la supresión farmacológico de la lactancia materna inmediatamente de producido el parto se indicara CABERGOLINA vía oral dosis 0.5 mg cada 12 horas solo por 2 dosis.
- Se realizara vendaje Compresivo en las mamas con vendas de tela de 6 pulgadas de ancho teniendo cuidado de no provocar limitación en la respiración, se aplica por un periodo de 15 días
- TODO HIJO DE MADRE INFECTADA POR EL VIH, ATENDIDO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD, DEBEN RECIBIR SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA (FORMULA LÁCTEA) GRATUITA POR UN AÑO.
- Los sucedáneos de leche materna para toda niña/o expuesto al VIH, serán entregados a la madre o encargado del cuidado del niño, según el siguiente esquema:

| MESES                             | 1°<br>MES | 2°<br>MES | 3°<br>MES | 4°<br>MES | 5°<br>MES | 6°<br>MES | 7°<br>MES | 8°<br>MES | 9°<br>MES | 10°<br>MES | 11°<br>MES | 12°<br>MES |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| N° DE<br>LATAS<br>(400-500<br>mg) | 9         | 11        | 13        | 14        | 14        | 15        | 09        | 09        | 09        | 07         | 07         | 07         |
| P.F.                              |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |
| H.CL.                             |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |
| Fecha                             |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |



HOSPITAL REGIONAL CUSCO

LABORATORIO DE PROCETSS

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS -  
VIH/SIDA Y HEPATITIS

NOMBRE: ..... FN: .....

SERVICIO: ..... N° de Cama: ..... Sexo: .....

MUESTRA SANGUÍNEA (PUNCION CAPILAR) EDAD: .....

### INMUNOLOGÍA

| PRUEBA                                           | METODO        | RESULTADO   |
|--------------------------------------------------|---------------|-------------|
| INMUNOCROMATOGRAFICO                             |               |             |
| VIH                                              | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| SIFILIS                                          | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBsAg) | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| HEPATITIS C                                      | Prueba Rápida | NO REACTIVO |

Fecha: .....  
Hora: ..... Responsable



HOSPITAL REGIONAL CUSCO

LABORATORIO DE PROCETSS

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS -  
VIH/SIDA Y HEPATITIS

NOMBRE: ..... FN: .....

SERVICIO: ..... N° de Cama: ..... Sexo: .....

MUESTRA SANGUÍNEA (PUNCION CAPILAR) EDAD: .....

### INMUNOLOGÍA

| PRUEBA                                           | METODO        | RESULTADO   |
|--------------------------------------------------|---------------|-------------|
| INMUNOCROMATOGRAFICO                             |               |             |
| VIH                                              | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| SIFILIS                                          | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBsAg) | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| HEPATITIS C                                      | Prueba Rápida | NO REACTIVO |

Fecha: .....  
Hora: ..... Responsable



HOSPITAL REGIONAL CUSCO

LABORATORIO DE PROCETSS

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS -  
VIH/SIDA Y HEPATITIS

NOMBRE: ..... FN: .....

SERVICIO: ..... N° de Cama: ..... Sexo: .....

MUESTRA SANGUÍNEA (PUNCION CAPILAR) EDAD: .....

### INMUNOLOGÍA

| PRUEBA                                           | METODO        | RESULTADO   |
|--------------------------------------------------|---------------|-------------|
| INMUNOCROMATOGRAFICO                             |               |             |
| VIH                                              | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| SIFILIS                                          | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBsAg) | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| HEPATITIS C                                      | Prueba Rápida | NO REACTIVO |

Fecha: .....



HOSPITAL REGIONAL CUSCO

LABORATORIO DE PROCETSS

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS -  
VIH/SIDA Y HEPATITIS

NOMBRE: ..... FN: .....

SERVICIO: ..... N° de Cama: ..... Sexo: .....

MUESTRA SANGUÍNEA (PUNCION CAPILAR) EDAD: .....

### INMUNOLOGÍA

| PRUEBA                                           | METODO        | RESULTADO   |
|--------------------------------------------------|---------------|-------------|
| INMUNOCROMATOGRAFICO                             |               |             |
| VIH                                              | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| SIFILIS                                          | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBsAg) | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| HEPATITIS C                                      | Prueba Rápida | NO REACTIVO |

Fecha: .....

7 (13) modelo

NOMBRE:..... FN:.....  
SERVICIO:..... N° de Cama:..... Sexo:.....  
MUESTRA SANGUÍNEA (PUNCION CAPILAR) EDAD:.....

**INMUNOLOGÍA**

**PRUEBA** **METODO INMUNOCROMATOGRAFICO**

**SIFILIS** **Prueba Rápida**

**RESULTADO:**

Fecha:.....  
Hora:..... Responsable:.....

NOMBRE:..... FN:.....  
SERVICIO:..... N° de Cama:..... Sexo:.....  
MUESTRA SANGUÍNEA (PUNCION CAPILAR) EDAD:.....

**INMUNOLOGÍA**

**PRUEBA** **METODO INMUNOCROMATOGRAFICO**

**SIFILIS** **Prueba Rápida**

**RESULTADO:**

Fecha:.....  
Hora:..... Responsable:.....

NOMBRE:..... FN:.....  
SERVICIO:..... N° de Cama:..... Sexo:.....  
MUESTRA SANGUÍNEA (PUNCION CAPILAR) EDAD:.....

**INMUNOLOGÍA**

**PRUEBA** **METODO INMUNOCROMATOGRAFICO**

**SIFILIS** **Prueba Rápida**

**RESULTADO:**

Fecha:.....  
Hora:..... Responsable:.....

NOMBRE:..... FN:.....  
SERVICIO:..... N° de Cama:..... Sexo:.....  
MUESTRA SANGUÍNEA (PUNCION CAPILAR) EDAD:.....

**INMUNOLOGÍA**

**PRUEBA** **METODO INMUNOCROMATOGRAFICO**

**SIFILIS** **Prueba Rápida**

**RESULTADO:**

Fecha:.....  
Hora:..... Responsable:.....

44

14 mobile

4



HOSPITAL REGIONAL CUSCO

LABORATORIO DE PROCETSS

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS -  
VIH/SIDA Y HEPATITIS B

NOMBRE:..... FN:.....

SERVICIO:..... N° de Cama:..... SEXO:.....

MUESTRA SANGÜÍNEA (PUNCION CAPILAR) EDAD:.....

### INMUNOLOGÍA

| PRUEBA                                           | METODO               | RESULTADO   |
|--------------------------------------------------|----------------------|-------------|
|                                                  | INMUNOCROMATOGRÁFICO |             |
| SIFILIS                                          | Prueba Rápida        | NO REACTIVO |
| HEPATITIS C                                      | Prueba Rápida        | NO REACTIVO |
| Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBsAg) | Prueba Rápida        | NO REACTIVO |

Fecha:.....  
Hora:.....

Responsable:.....



HOSPITAL REGIONAL CUSCO

LABORATORIO DE PROCETSS

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS -  
VIH/SIDA Y HEPATITIS B

NOMBRE:..... FN:.....

SERVICIO:..... N° de Cama:..... SEXO:.....

MUESTRA SANGÜÍNEA (PUNCION CAPILAR) EDAD:.....

### INMUNOLOGÍA

| PRUEBA                                           | METODO               | RESULTADO   |
|--------------------------------------------------|----------------------|-------------|
|                                                  | INMUNOCROMATOGRÁFICO |             |
| SIFILIS                                          | Prueba Rápida        | NO REACTIVO |
| HEPATITIS C                                      | Prueba Rápida        | NO REACTIVO |
| Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBsAg) | Prueba Rápida        | NO REACTIVO |

Fecha:.....  
Hora:.....

Responsable:.....



HOSPITAL REGIONAL CUSCO

LABORATORIO DE PROCETSS

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS -  
VIH/SIDA Y HEPATITIS B

NOMBRE:..... FN:.....

SERVICIO:..... N° de Cama:..... SEXO:.....

MUESTRA SANGÜÍNEA (PUNCION CAPILAR) EDAD:.....

### INMUNOLOGÍA

| PRUEBA                                           | METODO               | RESULTADO   |
|--------------------------------------------------|----------------------|-------------|
|                                                  | INMUNOCROMATOGRÁFICO |             |
| SIFILIS                                          | Prueba Rápida        | NO REACTIVO |
| HEPATITIS C                                      | Prueba Rápida        | NO REACTIVO |
| Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBsAg) | Prueba Rápida        | NO REACTIVO |

Fecha:.....  
Hora:.....

Responsable:.....



HOSPITAL REGIONAL CUSCO

LABORATORIO DE PROCETSS

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS -  
VIH/SIDA Y HEPATITIS B

NOMBRE:..... FN:.....

SERVICIO:..... N° de Cama:..... SEXO:.....

MUESTRA SANGÜÍNEA (PUNCION CAPILAR) EDAD:.....

### INMUNOLOGÍA

| PRUEBA                                           | METODO               | RESULTADO   |
|--------------------------------------------------|----------------------|-------------|
|                                                  | INMUNOCROMATOGRÁFICO |             |
| SIFILIS                                          | Prueba Rápida        | NO REACTIVO |
| HEPATITIS C                                      | Prueba Rápida        | NO REACTIVO |
| Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBsAg) | Prueba Rápida        | NO REACTIVO |

Fecha:.....  
Hora:.....

Responsable:.....

43

15

NTS N° 146 - MINSA/2018/DGIESP  
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA  
 HEPATITIS VIRAL B EN EL PERÚ"

ANEXO 1

ORDEN DE LABORATORIO DE PRUEBAS DE TAMIZAJE PARA HEPATITIS VIRAL



MINISTERIO DE SALUD  
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
 CENTRO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ORDEN DE LABORATORIO DE PRUEBAS DE TAMIZAJE PARA HEPATITIS VIRAL

|                                    |           |                                                                         |                                  |                                   |                                |
|------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Nombre del paciente:               |           | A. PATERNO                                                              | A. MATERNO                       | NOMBRES                           |                                |
| DIRESAGERESA / OTRO                | EE.SS.    | DN                                                                      | Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa) | SEXO                              |                                |
|                                    |           |                                                                         | / /                              | M                                 | F                              |
| LUGAR DE NACIMIENTO                |           |                                                                         |                                  | EDAD                              |                                |
| DIRECCIÓN ACTUAL (últimos 6 meses) |           |                                                                         |                                  |                                   |                                |
| DISTRITO                           | PROVINCIA | DEPARTAMENTO                                                            |                                  | TELÉFONO                          |                                |
| Diagnóstico clínico                |           | Síntomas                                                                |                                  |                                   | Fecha inicio de síntomas       |
|                                    |           | Asintomático ( ) Sintomático ( )                                        |                                  |                                   | / /                            |
| Antecedente de vacunación          |           | SI ( ) NO ( )                                                           | Número de dosis                  | Fecha de última dosis             | / /                            |
| Tipo de población:                 |           | Población General ( ) Donante ( ) Gestante ( ) Semana de gestación..... |                                  |                                   |                                |
|                                    |           | Niño nacido de madre HBsAg POSITIVA ( ) Otros .....                     |                                  |                                   |                                |
| ANTECEDENTES DE DIAGNÓSTICO        |           |                                                                         |                                  |                                   |                                |
| PRUEBA                             | RESULTADO | Tipo de prueba: Prueba Rápida, ELISA, CLIA                              | Marca del Reactivo               | Fecha de vencimiento del Reactivo | Fecha del análisis laboratorio |
| HBsAg                              |           |                                                                         |                                  |                                   |                                |
| Anti HBc Total                     |           |                                                                         |                                  |                                   |                                |
| Anti HBc - IgM                     |           |                                                                         |                                  |                                   |                                |

|                               |                 |                                                                  |
|-------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------|
| Muestra                       | SUERO<br>PLASMA | PRUEBA SOLICITADA<br>(Marcar con X según corresponda)            |
| Fecha de obtención de muestra | / /             | ELISA para detección de IgM del VHB                              |
|                               |                 | ELISA Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B (HBsAg) |
|                               |                 | ELISA Anticuerpo del VHB (Anti HBc Total)                        |
|                               |                 | ELISA Anti IgM-HBc                                               |
|                               |                 | ELISA Anti HBs                                                   |
|                               |                 | ELISA HBsAg                                                      |
|                               |                 | ELISA Anti - HBc                                                 |
|                               |                 | ELISA Anti HCV                                                   |
|                               |                 | LIA HCV - Prueba confirmatoria HCV                               |
|                               |                 | ELISA Anti IgG-DELTA                                             |
|                               |                 | ELISA Anti IgM-DELTA                                             |

Teléfono de contacto:

**INDICACIONES**  
 En caso de niños nacidos de madre HBsAg POSITIVA indicar el número de muestra.  
 Muestra de suero o plasma remitir un volumen mínimo de 2 mL. Rotular en el cróvil nombre y apellido del paciente e indicar el tipo de muestra:  
 SUERO o PLASMA  
 Temperatura de envío de 2°C a 8°C. Adjuntar copia de ficha epidemiológica

NOMBRE Y FIRMA AUTORIZADA



16

NTS N° 146 - MINSA/2018/DGIESP  
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA  
 HEPATITIS VIRAL B EN EL PERÚ"

ANEXO 2

ORDEN DE LABORATORIO DE PRUEBAS PARA CARGA VIRAL DE HEPATITIS B



MINISTERIO DE SALUD  
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
 CENTRO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ORDEN DE LABORATORIO DE PRUEBAS PARA CARGA VIRAL DE HEPATITIS B

|                        |                                                                          |            |                        |         |   |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------|---------|---|
| Nombre del paciente:   |                                                                          | A. PATERNO | A. MATERNO             | NOMBRES |   |
| DIRESA/GERESA/<br>OTRO | EE.SS.                                                                   | DMI        | Fecha de<br>Nacimiento | SEXO    |   |
|                        |                                                                          |            | / /                    | M       | F |
| LUGAR DE<br>NACIMIENTO |                                                                          |            |                        | EDAD    |   |
| Tipo de población:     | Población General ( ) Donante ( ) Gestante ( ) Semana de gestación:..... |            |                        |         |   |
|                        | Otro: .....                                                              |            |                        |         |   |
| Co-infecciones         | VH ( )                                                                   | VHD ( )    | VHC ( )                | TB ( )  |   |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Muestra de plasma             |  |
| Fecha de obtención de muestra |  |

| Prueba Solicitada<br>(Marca con X según corresponda)             |  |
|------------------------------------------------------------------|--|
| Carga Viral para Hepatitis B                                     |  |
| ELISA HBsAg                                                      |  |
| ELISA Anti - HBs                                                 |  |
| ELISA Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B (HBsAg) |  |

|                     |                                                      |        |        |
|---------------------|------------------------------------------------------|--------|--------|
| Motivo de solicitud | Evaluación y seguimiento para iniciar el tratamiento | Si ( ) | No ( ) |
|                     | Control periódico de paciente con Tratamiento        | Si ( ) | No ( ) |
| Terapia antiviral   | Nombre de Antiviral recibido                         |        |        |

Teléfono de contacto:

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA AUTORIZADA



**INDICACIONES**  
 Muestra de plasma (obtenido con EDTA), reenviar Crioal de 2 mL. Rotular nombre y apellido del paciente e indicar el tipo de muestra: PLASMA  
 Temperatura de envío de 2°C a 8°C. Adjuntar copia de ficha epidemiológica  
 Evitar ciclos de congelamiento y descongelamiento.

18

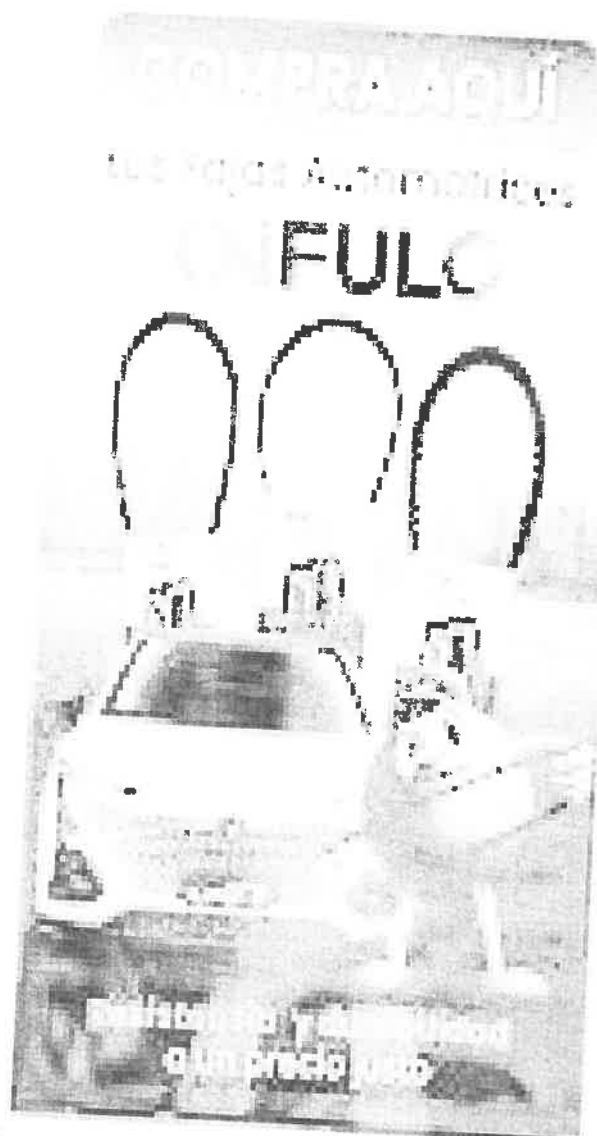
**COMPRA-SEMI**  
das Fugas Automotrices

**ONFULC**

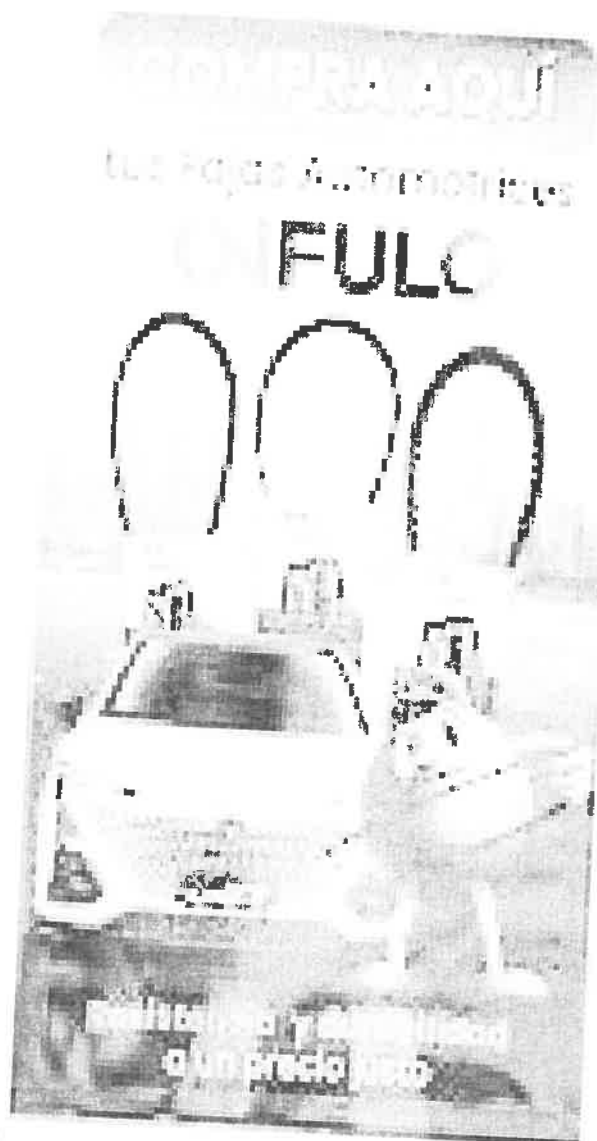


na forma de financiamento  
a um preço / ao

17



19



36 (20) Modelo

 **HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
**LABORATORIO CERITS**  
 Ministerio de Salud  
 Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS  
 - VIH/SIDA Y HEPATITIS B

NOMBRE: ..... FN: .....  
 SERVICIO: ..... Nº de Cama: ..... SEXO: .....  
 TIPO DE MUESTRA: SUERO EDAD: .....

**INMUNOLOGIA**  
**PRUEBA METODO IMUNOCROMATOGRAFICO**

**VIH Prueba Rápida**  
 (3ª Generación: Anticuerpos contra VIH 1 y 2)

**RESULTADO:**

Fecha: ..... Hora: ..... Responsable: .....

 **HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
**LABORATORIO DE PROCETSS**  
 Ministerio de Salud  
 Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS  
 VIH/SIDA Y HEPATITIS B

NOMBRE: ..... FN: .....  
 SERVICIO: ..... Nº de Cama: ..... SEXO: .....  
 TIPO DE MUESTRA: SUERO EDAD: .....

**INMUNOLOGIA**  
**PRUEBA METODO IMUNOCROMATOGRAFICO**

**VIH Prueba Rápida**  
 (3ª Generación: Anticuerpos contra VIH 1 y 2)

**RESULTADO:**

Fecha: ..... Hora: ..... Responsable: .....

 **HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
**LABORATORIO DE PROCETSS**  
 Ministerio de Salud  
 Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS  
 VIH/SIDA Y HEPATITIS B

NOMBRE: ..... FN: .....  
 SERVICIO: ..... Nº de Cama: ..... SEXO: .....  
 TIPO DE MUESTRA: SUERO EDAD: .....

**INMUNOLOGIA**  
**PRUEBA METODO IMUNOCROMATOGRAFICO**

**VIH Prueba Rápida**  
 (3ª Generación: Anticuerpos contra VIH 1 y 2)

**RESULTADO:**

Fecha: ..... Hora: ..... Responsable: .....

 **HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
**LABORATORIO DE PROCETSS**  
 Ministerio de Salud  
 Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS  
 VIH/SIDA Y HEPATITIS B

NOMBRE: ..... FN: .....  
 SERVICIO: ..... Nº de Cama: ..... SEXO: .....  
 TIPO DE MUESTRA: SUERO EDAD: .....

**INMUNOLOGIA**  
**PRUEBA METODO IMUNOCROMATOGRAFICO**

**VIH Prueba Rápida**  
 (3ª Generación: Anticuerpos contra VIH 1 y 2)

**RESULTADO:**

Fecha: ..... Hora: ..... Responsable: .....

211 modelo

**HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
**LABORATORIO DE PROCETSS**  
**ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE ITS -**  
**VIH/SIDA Y HEPATITIS**

NOMBRE: ..... FN: .....  
SERVICIO: ..... Nº de Cama: ..... Sexo: .....  
MUESTRA SANGUINEA (PUNCION CAPILAR) EDAD: .....

**INMUNOLOGIA**

| PRUEBA                                           | METODO        | RESULTADO   |
|--------------------------------------------------|---------------|-------------|
| <b>INMUNOCROMATOGRAFICO</b>                      |               |             |
| VIH                                              | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| SIFILIS                                          | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBsAg) | Prueba Rápida | NO REACTIVO |

Fecha: .....  
Hora: ..... Responsable

**HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
**LABORATORIO DE PROCETSS**  
**ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE ITS -**  
**VIH/SIDA Y HEPATITIS**

NOMBRE: ..... FN: .....  
SERVICIO: ..... Nº de Cama: ..... Sexo: .....  
MUESTRA SANGUINEA (PUNCION CAPILAR) EDAD: .....

**INMUNOLOGIA**

| PRUEBA                                           | METODO        | RESULTADO   |
|--------------------------------------------------|---------------|-------------|
| <b>INMUNOCROMATOGRAFICO</b>                      |               |             |
| VIH                                              | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| SIFILIS                                          | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBsAg) | Prueba Rápida | NO REACTIVO |

Fecha: .....  
Hora: ..... Responsable

**HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
**LABORATORIO DE PROCETSS**  
**ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE ITS -**  
**VIH/SIDA Y HEPATITIS**

NOMBRE: ..... FN: .....  
SERVICIO: ..... Nº de Cama: ..... Sexo: .....  
MUESTRA SANGUINEA (PUNCION CAPILAR) EDAD: .....

**INMUNOLOGIA**

| PRUEBA                                           | METODO        | RESULTADO   |
|--------------------------------------------------|---------------|-------------|
| <b>INMUNOCROMATOGRAFICO</b>                      |               |             |
| VIH                                              | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| SIFILIS                                          | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBsAg) | Prueba Rápida | NO REACTIVO |

Fecha: .....  
Hora: ..... Responsable

**HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
**LABORATORIO DE PROCETSS**  
**ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE ITS -**  
**VIH/SIDA Y HEPATITIS**

NOMBRE: ..... FN: .....  
SERVICIO: ..... Nº de Cama: ..... Sexo: .....  
MUESTRA SANGUINEA (PUNCION CAPILAR) EDAD: .....

**INMUNOLOGIA**

| PRUEBA                                           | METODO        | RESULTADO   |
|--------------------------------------------------|---------------|-------------|
| <b>INMUNOCROMATOGRAFICO</b>                      |               |             |
| VIH                                              | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| SIFILIS                                          | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBsAg) | Prueba Rápida | NO REACTIVO |

Fecha: .....  
Hora: ..... Responsable

212 modelo

38



HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
LABORATORIO DE PROCETSS  
ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS -  
VIH/SIDA Y HEPATITIS B



NOMBRE: ..... FN: .....  
SERVICIO: ..... Nº de Cama: .....  
MUESTRA SANGUINEA (PUNCION CAPILAR) EDAD: ..... SEXO: .....

**INMUNOLOGIA**

| PRUEBA                      | METODO        | RESULTADO   |
|-----------------------------|---------------|-------------|
| <b>INMUNOCROMATOGRAFICO</b> |               |             |
| VIH                         | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| HEPATITIS C                 | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| SIFILIS                     | Prueba Rápida | NO REACTIVO |

Fecha: .....  
Hora: .....

Responsable



HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
LABORATORIO DE PROCETSS  
ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS -  
VIH/SIDA Y HEPATITIS B



NOMBRE: ..... FN: .....  
SERVICIO: ..... Nº de Cama: .....  
MUESTRA SANGUINEA (PUNCION CAPILAR) EDAD: ..... SEXO: .....

**INMUNOLOGIA**

| PRUEBA                      | METODO        | RESULTADO   |
|-----------------------------|---------------|-------------|
| <b>INMUNOCROMATOGRAFICO</b> |               |             |
| VIH                         | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| HEPATITIS C                 | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| SIFILIS                     | Prueba Rápida | NO REACTIVO |

Fecha: .....  
Hora: .....

Responsable



HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
LABORATORIO DE PROCETSS  
ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS -  
VIH/SIDA Y HEPATITIS B



NOMBRE: ..... FN: .....  
SERVICIO: ..... Nº de Cama: .....  
MUESTRA SANGUINEA (PUNCION CAPILAR) EDAD: ..... SEXO: .....

**INMUNOLOGIA**

| PRUEBA                      | METODO        | RESULTADO   |
|-----------------------------|---------------|-------------|
| <b>INMUNOCROMATOGRAFICO</b> |               |             |
| VIH                         | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| HEPATITIS C                 | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| SIFILIS                     | Prueba Rápida | NO REACTIVO |

Fecha: .....

Responsable



HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
LABORATORIO DE PROCETSS  
ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS -  
VIH/SIDA Y HEPATITIS B



NOMBRE: ..... FN: .....  
SERVICIO: ..... Nº de Cama: .....  
MUESTRA SANGUINEA (PUNCION CAPILAR) EDAD: ..... SEXO: .....

**INMUNOLOGIA**

| PRUEBA                      | METODO        | RESULTADO   |
|-----------------------------|---------------|-------------|
| <b>INMUNOCROMATOGRAFICO</b> |               |             |
| VIH                         | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| HEPATITIS C                 | Prueba Rápida | NO REACTIVO |
| SIFILIS                     | Prueba Rápida | NO REACTIVO |

Fecha: .....  
Hora: .....

Responsable

22

39

23

NTS N° 146 - MINSA/2010/ODGIESP  
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA  
 HEPATITIS VIRAL B EN EL PERÚ"

ANEXO 3

EVALUACIÓN PARA EL INGRESO A TRATAMIENTO PARA LA INFECCIÓN  
 CRÓNICA POR EL VHB

DATOS GENERALES

|                              |                  |                                     |                          |       |                   |
|------------------------------|------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------|-------------------|
| Fecha de Registro            |                  | Nombre del Establecimiento de Salud |                          |       |                   |
|                              |                  |                                     |                          |       |                   |
| Apellido Paterno             | Apellido Materno | Nombres                             |                          | DN    | H.C.              |
|                              |                  |                                     |                          |       |                   |
| Fecha nacimiento             | Edad             | Sexo                                | Gestante                 |       | Código único (DN) |
|                              |                  | M                                   | F                        | SI    | No                |
| Dirección: Av / Cl / Jr / Mz |                  | N° / Lote                           | Urb / AA.HH. / Localidad |       | Distrito          |
|                              |                  |                                     |                          |       |                   |
| Tipo de población            |                  |                                     |                          |       |                   |
| Pob. Gen.                    | PPL              | TS                                  | HSB                      | TRANS | Gest. Ind.        |
|                              |                  |                                     |                          |       |                   |
| Grupo étnico                 |                  |                                     |                          |       |                   |
|                              |                  |                                     |                          |       |                   |

EXAMEN FÍSICO

|           |         |              |             |               |         |             |
|-----------|---------|--------------|-------------|---------------|---------|-------------|
| Peso (Kg) | T° (°C) | Resp. (x 1') | P.A. (mmHg) | Examen físico |         | Especificar |
|           |         |              |             | Normal        | Anormal |             |

MARCADORES DEL VHB:

|                |                   |              |                   |
|----------------|-------------------|--------------|-------------------|
| Marcador       | Fecha / Resultado | Marcador     | Fecha / Resultado |
| HBeAg          |                   | HBeAg        |                   |
| Anti HBe total |                   | Anti HBe IgM |                   |
| Anti HBe       |                   | Anti HBeAg   |                   |

EXÁMENES DE AUXILIARES:

| Examen           | Resultado | Examen       | Resultado | Examen        | Resultado |
|------------------|-----------|--------------|-----------|---------------|-----------|
| Hemoglobina      |           | TGP (ALT)    |           | Glucosa       |           |
| Hematocrito      |           | TGO (AST)    |           | Urea          |           |
| Leucocitos       |           | Bilirubina T |           | Creatinina    |           |
| Plaquetas        |           | Bilirubina D |           | Colaterales   |           |
| Protrombina      |           | Albumina     |           | Triglicéridos |           |
| Coagulación      |           | F. alcalina  |           | AFP           |           |
| Sangría          |           | GGTP         |           | TSH           |           |
| Test de embarazo |           | BK 1         |           | BK 2          |           |
| Anti VHC         |           | VHD          |           | VH            |           |



**"NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA  
HEPATITIS VIRAL C EN EL PERÚ"**

**ANEXO 8**

**FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA HEPATITIS VIRAL B, D Y C**

| FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA<br>HEPATITIS VIRAL B, D y C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I. DATOS DEL PACIENTE:</b><br>Nombre y apellidos: _____ Sexo: M ( ) F ( )<br>DNI _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____<br>Ocupación: _____ Estado civil: _____<br>Procedencia del paciente (30 días antes de la enfermedad)<br>Departamento: _____ Provincia: _____<br>Distrito: _____ Comunidad: _____<br>Dirección Actual: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>II. DATOS GENERALES:</b><br>Establecimiento que Notifica: _____<br>Tipo de Establecimiento: Hospital ( ) Centro De Salud ( )<br>Puesto de Salud ( )<br>UPSS: MNSA ( ) EsSalud ( ) Sanidad PNP-FA ( ) Privado ( )<br>DIRIS/DIRESA/GERESA: _____<br>Conocimiento del caso _____<br>Fecha de Notificación ____/____/____ Fecha de Investigación ____/____/____ |
| <b>III. DIAGNOSTICO:</b><br><br><input type="checkbox"/> Laboratorio ( ) <input type="checkbox"/> Ambos ( ) Probable ( )<br>Caso de Hepatitis Viral B ( ) Caso de Hepatitis Viral C ( ) Caso de Hepatitis Viral D ( ) Confirmado ( )<br>Gestante con Hepatitis B ( ) Descartado ( )<br>Recien nacido expuesto a infección por Hepatitis B ( ) Aguda ( )<br>Recien nacido no expuesto a infección por Hepatitis B ( ) Crónica ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>IV. LABORATORIO (biomarcadores)</b><br>Fecha de Toma de Muestra. ____/____/____<br>Prueba Rápida (PR) HBsAg Positivo ( ) Negativo ( )<br>HBsAg Positivo ( ) Negativo ( ) Fecha: ____/____/____<br>Anti HBc Total Positivo ( ) Negativo ( ) Fecha: ____/____/____<br>Anti HBc gM Positivo ( ) Negativo ( ) Fecha: ____/____/____<br>Anti HBc IgG Positivo ( ) Negativo ( ) Fecha: ____/____/____<br>Ag VHD Positivo ( ) Negativo ( ) Fecha: ____/____/____<br>Anti VHC Positivo ( ) Negativo ( ) Fecha: ____/____/____<br>ARN-VHC Positivo ( ) Negativo ( ) Fecha: ____/____/____<br>Confirmado por otra muestra<br>Positivo ( ) Negativo ( ) Fecha: ____/____/____<br>Scanner de hígado ( )                                                                                                                                                                                 | <b>V. INFORMACIÓN CLÍNICA:</b><br>Fecha de inicio de síntomas ____/____/____<br>Fatiga Si ( ) No ( )<br>Anorexia Si ( ) No ( )<br>Fiebre Si ( ) No ( )<br>Vómitos Si ( ) No ( )<br>Náuseas Si ( ) No ( )<br>Ictericia Si ( ) No ( )<br>Dolor abdominal Si ( ) No ( )<br>Otros: _____                                                                           |
| <b>VI. ANTECEDENTES:</b><br>Posición 1-6 meses antes el inicio de la enfermedad<br>• Transfusiones previas Si ( ) No ( ) Desconoce ( )<br>• Inyecciones (indicación médica) Si ( ) No ( ) Desconoce ( )<br>• Atención dental Si ( ) No ( ) Desconoce ( )<br>• Tratamiento acupuntura Si ( ) No ( ) Desconoce ( )<br>• Intervención quirúrgica Si ( ) No ( ) Desconoce ( )<br>• Tatujes Si ( ) No ( ) Desconoce ( )<br>• Drogas endovenosas Si ( ) No ( ) Desconoce ( )<br>• Hemodíálisis Si ( ) No ( ) Desconoce ( )<br>• Hospitalización Si ( ) No ( ) Desconoce ( )<br>Viajes recientes Si ( ) No ( )<br>Lugar: _____<br>Fecha: ____/____/____<br>Residencia con internamiento<br>Guardería ( ) Asilo ( ) Hospital de salud mental ( )<br>Base militar ( ) Otros: _____<br>Antecedentes de Hepatitis Viral<br>A Si ( ) No ( ) Desconoce ( )<br>B Si ( ) No ( ) Desconoce ( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Factores de Riesgo</b><br>• Trabaja en Salud Si ( ) No ( )<br>• Trabajador(a) sexual Si ( ) No ( )<br>• Persona privada de su libertad Si ( ) No ( )<br>• Población indígena amazónica Si ( ) No ( )<br>• Portador VIH Si ( ) No ( )<br>Conducta sexual<br>Heterosexual ( ) Homosexual ( )<br>N° parejas sexuales _____<br>Relaciones sexuales con parejas no habituales ( )<br>Gestante:<br>FUR: ____/____/____ Edad Gestacional ____ semanas<br>Fecha de primer control prenatal: ____/____/____ N° hijos: _____<br>Tipo de parto: Vaginal ( ) Cesárea ( )<br>Parto: Pre termino ( ) A termino ( ) Post termino ( )<br>Peso al nacer _____ Kg<br>Vacuna contra Hepatitis B<br>Si ( ) No ( ) Desconoce ( ) Tipo de vacuna _____<br>N° de dosis _____ Fecha de ultima dosis ____/____/____                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

25

ANEXO N° 10

MINISTERIO DE SALUD  
ESN PC ITS VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO  
EN EL ADULTO CON INFECCION CRONICA POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B

Usted ha sido diagnosticado con infección crónica por el Virus de la Hepatitis B reúne los criterios que, de acuerdo al Ministerio de Salud, indican que debe iniciar Tratamiento para esta infección.

Se sabe que el uso del Tratamiento para la infección crónica por el Virus de Hepatitis B disminuye la cantidad del virus en su sangre, deteniendo la evolución de enfermedad, lo que trae como consecuencia la prolongación de su vida y la mejora en calidad de la misma.

Sin embargo, el uso de esta terapia puede ocasionar varios efectos adversos en su salud, y no se puede afirmar que resulte exitosa en todas las personas que la utilizan. Aún así, hasta el momento es el único tratamiento que ha demostrado ser eficaz para detener el avance de la infección.

Actualmente el Ministerio de Salud ofrece gratuitamente esta terapia a las personas con infección crónica por el Virus de la Hepatitis B para mejorar su estado de salud. El médico le explicará con todo detalle sobre este programa, y usted es totalmente libre formular todas las preguntas que desee. Una vez que se hayan resuelto todas sus dudas acepta iniciar el Tratamiento, debe usted firmar este Consentimiento Informado.

Ud. puede beneficiarse de este programa si voluntariamente decide usar medicación, cumplir con los horarios de administración y los controles que su médico indicará.

Dejo constancia que se me ha explicado del contenido de este CONSENTIMIENTO INFORMADO, que he tenido la oportunidad de recibir respuesta a mis preguntas, que he decidido recibir el Tratamiento Antiviral, cumplir con la toma de los medicamentos en sus respectivos horarios y colaborar para mi adecuado control. Así mismo declaro encontrarme recibiendo Tratamiento en otra Institución peruana o del extranjero.

Nombre y apellido del paciente

Fecha y firma

Nombre y apellido del médico

Fecha y firma

26 nov 2016

N° de Prefectura: .....



**MINISTERIO DE SALUD**  
DIRECCIÓN DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
**RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA**



Nombre y Apellidos: ..... Edad: .....

Código de Atención del SIS: ..... H.C.: .....

|                           |                  |                            |
|---------------------------|------------------|----------------------------|
| <b>USUARIO</b>            | <b>ATENCIÓN</b>  | <b>ESPECIALIDAD MÉDICA</b> |
| Demanda                   | Consulta externa | Medicina                   |
| SIS                       | Emergencia       | Cirugía                    |
| Intervenciones Sanitarias | Hospitalización  | Gineco-Obstetricia         |
| Otros: X                  | Odontológica     | Pediatría                  |
|                           | Otros:           | Otros: Infectología        |

Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo): ..... PEP (CIE-10) 7206

**Rp.** Medicamento o Insumo (Obligatorio OCI) Concentración Forma Farmacéutica Cant.

1. Dolutegravir/lamivudina/Tenofovir Tab # 30  
50mg/300mg/300mg

Sello/Firma/Col. Profesional

Fecha de Atención

Válido Hasta

1

N° de Prefectura: .....



**MINISTERIO DE SALUD**  
DIRECCIÓN DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
**RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA**



Nombre y Apellidos: ..... Edad: .....

Código de Atención del SIS: ..... H.C.: .....

|                           |                  |                            |
|---------------------------|------------------|----------------------------|
| <b>USUARIO</b>            | <b>ATENCIÓN</b>  | <b>ESPECIALIDAD MÉDICA</b> |
| Demanda                   | Consulta externa | Medicina                   |
| SIS                       | Emergencia       | Cirugía                    |
| Intervenciones Sanitarias | Hospitalización  | Gineco-Obstetricia         |
| Otros: X                  | Odontológica     | Pediatría                  |
|                           | Otros:           | Otros: Infectología        |

Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo): Exposición NO ocupacional (CIE-10) 7206

**Rp.** Medicamento o Insumo (Obligatorio OCI) Concentración Forma Farmacéutica Cant.

|                            |           |     |      |
|----------------------------|-----------|-----|------|
| 1.- Penicilina Benzatinica | 240000 UI | fco | # 01 |
| 2.- Ceftriaxona            | 1g        | fco | # 01 |
| 3.- Azitromicina           | 500mg     | tab | # 02 |
| 4.- Jeringa                | 10cc      | Und | # 02 |
| 5.- Aguja                  | N° 18     | Und | # 02 |
| 6.- Agua Destilada         | 5ml       | Amp | # 02 |
| 6.- Lidocaina              | 2%        | Amp | # 01 |

Sello/Firma/Col. Profesional

Fecha de Atención

Válido Hasta

2



**Publications de l'Institut  
français aux éditions Pichon**

**HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
**ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL ITS-VIH/SIDA Y HEPATITIS B**  
**DESPIGAJE DE ITS-VIH/SIDA Y HEPATITIS B**



ITS  
VIR  
SIDA

(2.7) models

[illegible]

16



## 94

[illegible]

200

VIH-2025

[illegible]

(31)

2011

32

[illegible]

2119

32

[illegible]

34

10

DE LA ÚLTIMA  
ATENCIÓN

|    |  |
|----|--|
| 16 |  |
| 17 |  |
| 18 |  |
| 19 |  |
| 20 |  |
| 21 |  |
| 22 |  |
| 23 |  |
| 24 |  |
| 25 |  |
| 26 |  |
| 27 |  |
| 28 |  |
| 29 |  |
| 30 |  |

35



# HOSPITAL REGIONAL CUSCO

UNIDAD DE ESTADÍSTICA  
E INFORMÁTICA

DNI

STORIA CLÍNICA N°

NOMBRES: .....  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

FECHA: .....

LOTE

PAGINA

FECHA PROCES.

DNI DIGITADOR

37

# MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN

OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE MS

|                     |                  |                |                         |      |                                              |                                |                                       |                 |                                       |
|---------------------|------------------|----------------|-------------------------|------|----------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------|---------------------------------------|
| 1                   | AÑO              | 3              | MES                     | 4    | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS) | 5                              | UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS) | 6               | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN |
| 7                   | 8                | 9              | 10                      | 11   | 12                                           | 13                             | 14                                    | 15              | 16                                    |
| DIA                 | HISTORIA CLINICA | FINANC.        | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO                                         | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLECIMIENTO | SERVICIO                              |
| GESTANTE / PUERPERA | ETNA             | CENTRO POBLADO |                         |      |                                              |                                |                                       |                 |                                       |

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

(\*) FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA ULTIMA RESULTADO DE Hb: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA DE ULTIMA REGLA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|   |   |     |       |   |   |    |   |   |   |  |  |  |
|---|---|-----|-------|---|---|----|---|---|---|--|--|--|
| A | M | PC  | PESO  | N | N | 1. | P | D | R |  |  |  |
| M | F | Pab | TALLA | C | C | 2. | P | D | R |  |  |  |
| D |   |     | Hb    | R | R | 3. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 4. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 5. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 6. | P | D | R |  |  |  |

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

(\*) FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA ULTIMA RESULTADO DE Hb: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA DE ULTIMA REGLA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|   |   |     |       |   |   |    |   |   |   |  |  |  |
|---|---|-----|-------|---|---|----|---|---|---|--|--|--|
| A | M | PC  | PESO  | N | N | 1. | P | D | R |  |  |  |
| M | F | Pab | TALLA | C | C | 2. | P | D | R |  |  |  |
| D |   |     | Hb    | R | R | 3. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 4. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 5. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 6. | P | D | R |  |  |  |

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

(\*) FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA ULTIMA RESULTADO DE Hb: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA DE ULTIMA REGLA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|   |   |     |       |   |   |    |   |   |   |  |  |  |
|---|---|-----|-------|---|---|----|---|---|---|--|--|--|
| A | M | PC  | PESO  | N | N | 1. | P | D | R |  |  |  |
| M | F | Pab | TALLA | C | C | 2. | P | D | R |  |  |  |
| D |   |     | Hb    | R | R | 3. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 4. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 5. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 6. | P | D | R |  |  |  |

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

(\*) FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA ULTIMA RESULTADO DE Hb: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA DE ULTIMA REGLA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|   |   |     |       |   |   |    |   |   |   |  |  |  |
|---|---|-----|-------|---|---|----|---|---|---|--|--|--|
| A | M | PC  | PESO  | N | N | 1. | P | D | R |  |  |  |
| M | F | Pab | TALLA | C | C | 2. | P | D | R |  |  |  |
| D |   |     | Hb    | R | R | 3. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 4. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 5. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 6. | P | D | R |  |  |  |

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:

(\*) FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA ULTIMA RESULTADO DE Hb: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA DE ULTIMA REGLA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|   |   |     |       |   |   |    |   |   |   |  |  |  |
|---|---|-----|-------|---|---|----|---|---|---|--|--|--|
| A | M | PC  | PESO  | N | N | 1. | P | D | R |  |  |  |
| M | F | Pab | TALLA | C | C | 2. | P | D | R |  |  |  |
| D |   |     | Hb    | R | R | 3. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 4. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 5. | P | D | R |  |  |  |
|   |   |     |       |   |   | 6. | P | D | R |  |  |  |

38

## Cuestionario de Registro de Selección para el PrEP: HSH, MT y TS

### DATOS GENERALES:

| Edad              | años | Sexo                  | Hombre ( ) | Mujer ( ) |
|-------------------|------|-----------------------|------------|-----------|
| Grupo Poblacional |      | HSH ( ) MT ( ) TS ( ) |            |           |

### EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES:

|                                                                                               |        |        |          |              |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|----------|--------------|-------------------------|
| ¿Con cuántas personas ha mantenido relaciones sexuales vaginales o anales?                    | 0<br>0 | 1<br>1 | 2*<br>2* | ≥ 3*<br>≥ 3* | Hombre ( )<br>Mujer ( ) |
| ¿Utilizó preservativo (masculino o femenino) cada vez que tuvo relaciones sexuales?           | SÍ     | ( )    | NO*      | ( )          | No sabe* ( )            |
| ¿Ha tenido alguna infección de transmisión sexual?                                            | SÍ*    | ( )    | NO       | ( )          | No sabe* ( )            |
| ¿Tiene alguna pareja sexual con infección por el VIH?                                         | SÍ*    | ( )    | NO       | ( )          | No sabe* ( )            |
| En caso afirmativo, ¿su pareja ha recibido tratamiento antirretroviral durante 6 meses o más? | SÍ     | ( )    | NO*      | ( )          | No sabe* ( )            |
| En caso afirmativo, ¿ha logrado la supresión de la carga viral con el tratamiento?            | SÍ     | ( )    | NO*      | ( )          | No sabe* ( )            |

### EN LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS:

|                                                                                                                                                                                                   |       |     |     |     |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|-----|---------------|
| ¿Ha tenido relaciones sexuales sin utilizar preservativos con alguna persona con infección por el VIH que no está bajo tratamiento?                                                               | SÍ**  | ( ) | NO* | ( ) | No sabe** ( ) |
| ¿Ha tenido síntomas de "resfriado" o "gripe", como dolor de garganta, fiebres, sudores, inflamación de ganglios linfáticos (adenopatías), úlceras bucales, dolor de cabeza o erupción en la piel? | SÍ*** | ( ) | NO* | ( ) | No sabe ( )   |

### ACCIÓN A TOMAR:

\* Considere la posibilidad de ofrecer la PrEP

\*\* Considere la posibilidad de ofrecer la PPE

\*\*\* Considere una posible infección aguda por el VIH

(38)

ANEXO N° 2:

Cuestionario de Registro de Selección para la PrEP: Parejas Serodiscordante

| Edad                                                                                                    | Años    | Sexo    | Hombre ( ) | Mujer ( )    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|------------|--------------|
| Grupo Poblacional                                                                                       | HSH ( ) | MT ( )  | TS ( )     |              |
| ¿Su pareja está tomando Tratamiento Antirretroviral?                                                    | Sí ( )  | NO* ( ) |            |              |
| ¿Su pareja está tomando Tratamiento Antirretroviral durante más de 6 meses?                             | Sí ( )  | NO* ( ) |            |              |
| ¿Al menos 1 vez al mes le pregunta a su pareja si está tomando diariamente su TAR?                      | Sí ( )  | NO* ( ) |            |              |
| ¿Sabe cuándo fue la última vez que su pareja se hizo una prueba para determinar la carga viral del VIH? | Sí ( )  | NO* ( ) |            |              |
| ¿Cuál fue el resultado?                                                                                 |         |         |            | No sabe* ( ) |
| ¿Usa preservativos cada vez que tiene relaciones sexuales?                                              | Sí ( )  | NO* ( ) |            |              |
| ¿Quiere usted tener un hijo con su pareja?                                                              | Sí* ( ) | NO ( )  |            |              |
| * Considere la posibilidad de ofrecer la PrEP                                                           |         |         |            |              |



H. Gamba

*[Handwritten signature]*

**ANEXO N° 3:**  
**Consentimiento Informado para recibir PrEP**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Estimado usuario:

La Profilaxis pre-exposición o comúnmente llamada PrEP es la indicación de medicamentos antirretrovirales que se indican antes de una exposición o posible exposición al VIH. Está recomendada a personas seronegativas al VIH, pero con alto riesgo de infección, con la finalidad de disminuir la posibilidad de contraer el virus.

La PrEP es muy segura, pero en ocasiones puede producir algunos efectos secundarios leves que desaparecen en el primer mes. Los síntomas más frecuentes pueden ser: malestar estomacal, falta de apetito, diarrea, náuseas y vómitos. En una baja proporción, puede producir daño renal que puede ser reversible si se suspende el uso de ARV, por eso es muy importante acudir a los controles médicos.

Si usted decide voluntariamente practicar la PrEP en nombre del [colocar nombre del establecimiento de salud] le aseguramos que nosotros manejaremos la información (datos personales y datos de salud) de manera confidencial. Protegeremos sus resultados de salud y un posible diagnóstico de VIH de acuerdo al artículo 17 de la ley N° 26626, asimismo protegeremos sus datos personales de acuerdo al artículo 13 de la Ley N° 29733 "Ley de Protección de Datos Personales".

En caso autorice, nosotros le brindaremos atenciones médicas, consejería, exámenes de laboratorio y preservativos respetando siempre la confidencialidad y privacidad.

---

Declaro haber recibido información y orientación previa al inicio de Profilaxis pre exposición (PrEP) y la seguridad que mis datos personales serán resguardados y su uso solo será empleado para las atenciones que reciba en establecimiento de salud.

Con mi firma autorizo o rechazo el ingreso a PrEP en forma libre y voluntaria.

En caso de no asistir a mis consultas de seguimiento acepto ser contactado/a de manera confidencial, según los procedimientos que se me han informado (llamada telefónica o visita domiciliaria).

☐

**ACEPTO ingresar a PrEP**

☐

**NO ACEPTO ingresar a PrEP**

Firma:

Nombre del Usuario:

DNI:

Firma:

Nombre del Usuario:

DNI:

41

**NTS N° 204 -MNSA/DGIESP-2023**  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD "PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA PARA**  
**POBLACIONES EN ALTO RIESGO"**

**ANEXO N°4:**  
**INDICADORES PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PrEP**

| <b>1 ACEPTACIÓN DE LA PrEP</b> |                                                           |                                                                                |                                                      |                              |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------|
|                                | <b>INDICADOR</b>                                          | <b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>                                                      | <b>FUENTE PRIMARIA DE INFORMACIÓN</b>                | <b>FRECUENCIA DE REPORTE</b> |
| 1                              | Porcentaje de HSH que iniciaron la PrEP                   | Numerador:<br>Número de HSH que iniciaron la PrEP oral en los últimos 12 meses | Hoja de Monitorización de Actividades - Registro HIS | Trimestral                   |
|                                |                                                           | Denominador:<br>Total de HSH atendidos en los últimos 12 meses                 |                                                      |                              |
| 2                              | Porcentaje de MT que iniciaron la PrEP                    | Numerador:<br>Número de MT que iniciaron la PrEP oral en los últimos 12 meses  | Hoja de Monitorización de Actividades - Registro HIS | Trimestral                   |
|                                |                                                           | Denominador:<br>Total de MT atendidos en los últimos 12 meses                  |                                                      |                              |
| 3                              | Porcentaje de Trabajadoras Sexuales que iniciaron la PrEP | Numerador:<br>Número de TS que iniciaron la PrEP oral en los últimos 12 meses  | Hoja de Monitorización de Actividades - Registro HIS | Trimestral                   |
|                                |                                                           | Denominador:<br>Total de TS atendidos/as en los últimos 12 meses               |                                                      |                              |



| <b>2 SEROCONVERSIÓN AL VIH</b> |                                                     |                                                               |                                                      |                              |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------|
|                                | <b>INDICADOR</b>                                    | <b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>                                     | <b>FUENTE PRIMARIA DE INFORMACIÓN</b>                | <b>FRECUENCIA DE REPORTE</b> |
| 1                              | Porcentaje de HSH en PrEP que seroconvierten al VIH | Numerador:<br>Número de HSH en PrEP que seroconvierten al VIH | Hoja de Monitorización de Actividades - Registro HIS | Trimestral                   |
|                                |                                                     | Denominador:<br>Total de HSH en PrEP                          |                                                      |                              |
| 2                              | Porcentaje de MT en PrEP que seroconvierten al VIH  | Numerador:<br>Número de MT en PrEP que seroconvierten al VIH  | Hoja de Monitorización de Actividades - Registro HIS | Trimestral                   |
|                                |                                                     | Denominador:<br>Total de MT en PrEP                           |                                                      |                              |
| 3                              | Porcentaje de TS en PrEP que seroconvierten al VIH  | Numerador:<br>Número de TS en PrEP que seroconvierten al VIH  | Hoja de Monitorización de Actividades - Registro HIS | Trimestral                   |
|                                |                                                     | Denominador:<br>Total de TS en PrEP                           |                                                      |                              |



**HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
ESPC ITS-VIH/SIDA Y HEPATITIS

Ministerio de Salud  
Personas que atendemos Personas

Disfruta tu sexualidad  
*Saludable* y  
responsablemente

✓ Los condones actúan como **métodos anticonceptivos de barrera**.

✓ Para que el condón sea efectivo úsalo **correctamente**.

Sigue las siguientes recomendaciones:

1

Abre con cuidado el empaque

2

Aprieta la punta para que no quede aire

3

Colócalo y desenróllalo

4

Retíralo, envuélvelo y deséchalo

Acercate a cualquier establecimiento del Ministerio de Salud para recibir orientación y condones de forma gratuita.

“Pongamos fin a!  
SIDA, igualdad ya”



HOSPITAL REGIONAL CUSCO

**SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO  
CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN**

HOSPITAL REGIONAL CUSCO

**SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO  
CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN**



|                                            |  |                                                              |  |                        |  |
|--------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|
| <b>DATOS DEL PACIENTE</b>                  |  | <b>CONDICIÓN DEL PACIENTE: SIS ( ) PARTICULAR ( ) OTROS:</b> |  | <b>Nº PRE FACTURA:</b> |  |
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>                |  | <b>EDAD:</b>                                                 |  | <b>SEXO: (M) (F)</b>   |  |
| <b>DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:</b>             |  | <b>Nº HISTORIA CLÍNICA:</b>                                  |  |                        |  |
| <b>CONSULTORIO ( ) HOSPITALIZACIÓN ( )</b> |  | <b>SERVICIO:</b>                                             |  | <b>Nº CAMA:</b>        |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERFILES</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Lipidico COLEST + HDL + LDL + TRIGLIP<br/> <input type="checkbox"/> Hepático TGO+TGP+GOT+ALP+GRL+URRUBANUS<br/> <input type="checkbox"/> Pre-Operatorio (HBA+GLUMINA+CREA+SG+Rb+TC+TS)<br/> <input type="checkbox"/> Trióxido (Hemal + T4 libre + TSH)         </div> | <b>BIOQUÍMICA</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Ácido Úrico (84536)<br/> <input type="checkbox"/> ADA Senco (82826)<br/> <input type="checkbox"/> Test de ADA en Agudos Corporales (82828)<br/> <input type="checkbox"/> Bioproteínas de Líquidos corporales<br/> <input type="checkbox"/> Glucosa (85946)<br/> <input type="checkbox"/> Proteína (81957)<br/> <input type="checkbox"/> Anemia (82198)<br/> <input type="checkbox"/> Hematúria T y F (8247)<br/> <input type="checkbox"/> Calcio (82316)<br/> <input type="checkbox"/> Colesterol HDL (82718)<br/> <input type="checkbox"/> Colesterol LDL (83721)<br/> <input type="checkbox"/> Colesterol Total (82468)<br/> <input type="checkbox"/> CPK Total (82568)<br/> <input type="checkbox"/> CPK MB (82553)<br/> <input type="checkbox"/> Creatinina (82578)<br/> <input type="checkbox"/> Electrogramas Médicos (83818)<br/> <input type="checkbox"/> Fosfatasas alcalinas (84078)<br/> <input type="checkbox"/> Fósforo (82198)<br/> <input type="checkbox"/> GGT (82877)<br/> <input type="checkbox"/> Glucosa (82846)<br/> <input type="checkbox"/> Glucosa Post-Prandial (82858)<br/> <input type="checkbox"/> Hemoglobina glicosilada (83058)<br/> <input type="checkbox"/> Lipasa (83888)<br/> <input type="checkbox"/> Proteínas Totales y Fraccionadas (82951)<br/> <input type="checkbox"/> Tolerancia a la glucosa (82951)<br/> <input type="checkbox"/> Transaminasas TGO ( ) TGP ( ) (84400) (84488)<br/> <input type="checkbox"/> Triglicéridos (84078)<br/> <input type="checkbox"/> Urea (82538)         </div> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HEMATOLÓGICO</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Células L.E. (83598)<br/> <input type="checkbox"/> Grupo sanguíneo y sector (86808)<br/> <input type="checkbox"/> Hematocrito (85014)<br/> <input type="checkbox"/> Hemograma completo (85027)<br/> <input type="checkbox"/> Reticulocitos (83445)<br/> <input type="checkbox"/> Tiempo de Coagulación y tiempo de sangría (85002)<br/> <input type="checkbox"/> Tiempo de Protrombina (85810)<br/> <input type="checkbox"/> Tiempo de Tromboplastina Parcial (85730)<br/> <input type="checkbox"/> Fibrinógeno (85384)<br/> <input type="checkbox"/> Velocidad de Sedimentación Globular (85651)         </div> | <b>ORINA</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Sedimento de Orina (81015)<br/> <input type="checkbox"/> Examen completo de Orina (81003)<br/> <input type="checkbox"/> Proteinuria de 24 Hrs (84156)<br/> <input type="checkbox"/> Depuración de Creatinina (82575)<br/> <input type="checkbox"/> Ácido Úrico 24 Hrs (84580)<br/> <input type="checkbox"/> Calcio en Orina 24 Hrs (82316)<br/> <input type="checkbox"/> Fosforo en Orina 24 Hrs (84105)         </div> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INMUNOLÓGICO</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Aglutinaciones Tíficas, Paratíficas (88040)<br/> <input type="checkbox"/> Antiestreptolisina Látex (88088)<br/> <input type="checkbox"/> Aglutinación para Brucella (86008)<br/> <input type="checkbox"/> Factor Reumatizoide Latex (86430)<br/> <input type="checkbox"/> PCR-Latex (86140)<br/> <input type="checkbox"/> T4 libre (84439)<br/> <input type="checkbox"/> T3 (84480)<br/> <input type="checkbox"/> T4 Total (84436)<br/> <input type="checkbox"/> TSH (84443)<br/> <input type="checkbox"/> BHCG Cuantitativo Suero ( ) Orinal ( ) (81025)<br/> <input type="checkbox"/> BHCG Cuantitativo (84702)<br/> <input type="checkbox"/> PSA Libre (84194)<br/> <input type="checkbox"/> PSA Total (84152)         </div> | <b>MICROBIOLOGÍA</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Examen directo:<br/> <input type="checkbox"/> Especificar:<br/> <input type="checkbox"/> OB. directa en KOH (87228)<br/> <input type="checkbox"/> Búsqueda de Ácaros (87220)<br/> <input type="checkbox"/> Coloración Gram (87296)<br/> <input type="checkbox"/> Urocultivo (87087)<br/> <input type="checkbox"/> Hemocultivo (87040)<br/> <input type="checkbox"/> Coprocultivo (87045)<br/> <input type="checkbox"/> Cultivo de Streptococos (87070)<br/> <input type="checkbox"/> Cultivo para Hongos (87102)<br/> <input type="checkbox"/> Citológicos de Líquidos Corporales (88658)<br/> <input type="checkbox"/> Cultivo de Líquidos Corporales (87078)<br/> <input type="checkbox"/> Especificar:<br/> <input type="checkbox"/> Espermatograma (88320)         </div> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EXÁMENES CON FICHA EPIDEMIOLÓGICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> TORCH menores a 1 año (80898)<br><input type="checkbox"/> Lepptosis<br><input type="checkbox"/> Dengue<br><input type="checkbox"/> IMAC/Hisopos Nasofaríngeos<br><input type="checkbox"/> Malaria<br><input type="checkbox"/> Bartonellosis<br><input type="checkbox"/> Rotavirus<br><input type="checkbox"/> Otros: |

|                           |   |                                 |   |
|---------------------------|---|---------------------------------|---|
|                           |   |                                 |   |
| /                         | : | /                               | : |
| Fecha y Hora de Solicitud |   | Fecha y Hora de toma de muestra |   |

Firma y Sello del Médico tratante

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DATOS DEL PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <b>CONDICIÓN DEL PACIENTE: SIS ( ) PARTICULAR ( ) OTROS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>N° PRE FACTURA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <b>EDAD:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>SEXO: (M) (F)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>N° HISTORIA CLÍNICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>CONSULTORIO ( ) HOSPITALIZACIÓN ( )</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>SERVICIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <b>N° CAMA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>PERFILES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <b>BIOQUÍMICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <b>PARASITOLÓGICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> Uricico (COLEST + HOL + LD + TRIGLUC)<br><input type="checkbox"/> Hepáticas (TCO-TGP-TGPG-ALC-BILIRUBINAS)<br><input type="checkbox"/> Pre-Operatorio (HMA+GLU+UREA+CREA+SGR+TC+TS)<br><input type="checkbox"/> Trióxido (Tóxico + T4 libre + TSH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> Ácido Úrico (24HR)<br><input type="checkbox"/> ADA Serico (24HR)<br><input type="checkbox"/> Test de ADA en Líquidos Corporales (24HR)<br><input type="checkbox"/> Espectinóscopio de Líquidos corporales<br><input type="checkbox"/> Glucosa (24HR)<br><input type="checkbox"/> Proteínas (24HR)<br><input type="checkbox"/> Amilasa (24HR)<br><input type="checkbox"/> Bilirrubina T y F (24HR)<br><input type="checkbox"/> Calcio (24HR)<br><input type="checkbox"/> Creatinina HOL (24HR)<br><input type="checkbox"/> Colesterol LDL (24HR)<br><input type="checkbox"/> Colesterol Total (24HR)<br><input type="checkbox"/> CPK Total (24HR)<br><input type="checkbox"/> CPK MB (24HR)<br><input type="checkbox"/> Creatinina (24HR)<br><input type="checkbox"/> Deshidrogenasa láctica (24HR)<br><input type="checkbox"/> Fósforo Alélica (24HR)<br><input type="checkbox"/> Fósforo (24HR)<br><input type="checkbox"/> GGT (24HR)<br><input type="checkbox"/> Glucosa (24HR)<br><input type="checkbox"/> Glucosa Post. Prandial (24HR)<br><input type="checkbox"/> Hemoglobina glicosilada (24HR)<br><input type="checkbox"/> Lipídeos (24HR)<br><input type="checkbox"/> Proteínas Totales y Fraccionadas (24HR)<br><input type="checkbox"/> Tóxicos a la glucosa (24HR)<br><input type="checkbox"/> Transaminasas TGO ( ) TGP ( ) (24HR) (24HR)<br><input type="checkbox"/> Trióxido (24HR)<br><input type="checkbox"/> Urea (24HR) |  | <input type="checkbox"/> Reacción inflamatoria (24HR)<br><input type="checkbox"/> Parasitológico simple (24HR)<br><input type="checkbox"/> Parasitológico Seriado (24HR)<br><input type="checkbox"/> Test de Graham (24HR)<br><input type="checkbox"/> Benedict (24HR)<br><input type="checkbox"/> Coprofuncional (24HR)<br><input type="checkbox"/> Sangre Oculta, Thermanon (24HR)                              |  |
| <b>HEMATOLÓGICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <b>HEMATOLÓGICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <b>HEMATOLÓGICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Células L.E. (24HR)<br><input type="checkbox"/> Grupo sanguíneo y factor (24HR)<br><input type="checkbox"/> Hematocrito (24HR)<br><input type="checkbox"/> Hemograma completo (24HR)<br><input type="checkbox"/> Reticulocitos (24HR)<br><input type="checkbox"/> Tiempo de Coagulación y tiempo de sangría (24HR)<br><input type="checkbox"/> Tiempo de Protrombina (24HR)<br><input type="checkbox"/> Tiempo de Tromboplastina Parcial (24HR)<br><input type="checkbox"/> Fibrinógeno (24HR)<br><input type="checkbox"/> Velocidad de Sedimentación Globular (24HR)                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> Examen directo:<br><input type="checkbox"/> Especificar:<br><input type="checkbox"/> Ob. directa en KOH (24HR)<br><input type="checkbox"/> Búsqueda de Acaros (24HR)<br><input type="checkbox"/> Coloración Gram (24HR)<br><input type="checkbox"/> Urocultivo (24HR)<br><input type="checkbox"/> Hemocultivo (24HR)<br><input type="checkbox"/> Coprocultivo (24HR)<br><input type="checkbox"/> Cultivo de Sacarídeos (24HR)<br><input type="checkbox"/> Cultivo para Hongos (24HR)<br><input type="checkbox"/> Citológico de Líquidos Corporales (24HR)<br><input type="checkbox"/> Cultivo de Líquidos Corporales (24HR)<br><input type="checkbox"/> Especificar:<br><input type="checkbox"/> Espermatozoos (24HR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> TORCH menores e 1 año (24HR)<br><input type="checkbox"/> Leptospiriosis<br><input type="checkbox"/> Dengue<br><input type="checkbox"/> IRAG (Hispaso Nasal/Hingoso)<br><input type="checkbox"/> Malaria<br><input type="checkbox"/> Bartonellosis<br><input type="checkbox"/> Rotavirus<br><input type="checkbox"/> Otros:                                                               |  |
| <b>INMUNOLÓGICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <b>INMUNOLÓGICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <b>INMUNOLÓGICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Aglutinantes Típicos, Paratípicos (24HR)<br><input type="checkbox"/> Antiestrepitocócico Latex (24HR)<br><input type="checkbox"/> Aglutinación para Brucella (24HR)<br><input type="checkbox"/> Factor Reumatológico Latex (24HR)<br><input type="checkbox"/> PCRLatex (24HR)<br><input type="checkbox"/> T4 libre (24HR)<br><input type="checkbox"/> T3 (24HR)<br><input type="checkbox"/> T4 Total (24HR)<br><input type="checkbox"/> TSH (24HR)<br><input type="checkbox"/> BHC Qualitativo Suero ( ) Orina ( ) (24HR)<br><input type="checkbox"/> BHC Cuantitativo (24HR)<br><input type="checkbox"/> PSA Libre (24HR)<br><input type="checkbox"/> PSA Total (24HR) |  | <input type="checkbox"/> Sedimento de Orina (24HR)<br><input type="checkbox"/> Examen completo de Orina (24HR)<br><input type="checkbox"/> Proteinuria de 24 Hrs (24HR)<br><input type="checkbox"/> Depuración de Creatinina (24HR)<br><input type="checkbox"/> Ácido Úrico 24 Hrs (24HR)<br><input type="checkbox"/> Calcio en Orina 24 Hrs (24HR)<br><input type="checkbox"/> Fósforo en Orina 24 Hrs (24HR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> Exámenes con FICHA EPIDEMIOLÓGICA<br><input type="checkbox"/> TORCH menores e 1 año (24HR)<br><input type="checkbox"/> Leptospiriosis<br><input type="checkbox"/> Dengue<br><input type="checkbox"/> IRAG (Hispaso Nasal/Hingoso)<br><input type="checkbox"/> Malaria<br><input type="checkbox"/> Bartonellosis<br><input type="checkbox"/> Rotavirus<br><input type="checkbox"/> Otros: |  |

**Fecha y Hora de Solicitud**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**Fecha y Hora de toma de muestra**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Firma y Sello del Médico Tratante