

ANEXOS

ANEXO 1

**INFORME MENSUAL DE PRODUCCIÓN DE
SERVIVIOS**



INFORME MENSUAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS
CODIGO: R.A. SALUD INE - 301 (01/2007)

50

SEDES

Red de salud

Municipio

Código subsector A B C D E F

Establecimiento

Mes Reportado

Año

Incorporado al SUMI SI NO

	HOMBRE	MUJER
1. CONSULTA EXTERNA		
1.1 Nuevas en menores de 5 años		
1.2 Repetidas en menores de 5 años		
1.3 Nuevas en personas de 5 a 14 años		
1.4 Repetidas en personas de 5 a 14 años		
1.5 Nuevas en personas de 15 a 59 años		
1.6 Repetidas en personas de 15 a 59 años		
1.7 Nuevas en personas de 60 años o más		
1.8 Repetidas en personas de 60 años o más		
2. REFERENCIAS		
2.1 Pacientes referidos a otros establecimientos		
3. CONSULTAS ODONTOLÓGICAS		
3.1 Primeras consultas		
3.2 Consultas nuevas en menores de 5 años		
3.3 Consultas repetidas en menores de 5 años		
3.4 Consultas nuevas en personas de 5 años y más		
3.5 Consultas repetidas en personas de 5 años y más		
3.6 Restauraciones		
3.7 Exodoncias		
3.8 Endodoncias		
3.9 Periodoncias		
3.10 Cirugías maxilo faciales		
3.11 Acciones preventivas		
4. CONSULTAS PRENATALES		
4.1 Nuevas antes del 5to mes de embarazo		
4.2 Nuevas a partir del 5to mes de embarazo		
4.3 Repetidas		
4.4 Mujeres con 4ta consulta prenatal		
5. ANTICONCEPCIÓN, PREVENCIÓN DE ITS Y DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO		
5.1 DIU: Usuarías Nuevas		
5.2 DIU: Usuarías Continuas		
5.3 Número de DIU insertados		
5.4 Inyectable trimestral: Usuarías Nuevas		
5.5 Inyectable trimestral: Usuarías Continuas		
5.6 Número de inyectables trimestrales suministrados		
5.7 Condón: Usuarías(os) Nuevas(os)		
5.8 Condón: Usuarías(os) Continuas(os)		
5.9 Número de condones entregados		
5.10 Píldora: Usuarías Nuevas		
5.11 Píldora: Usuarías Continuas		
5.12 Número de ciclos entregados		
5.13 Métodos naturales: Usuarías Nuevas		
5.14 Método naturales: Usuarías Continuas		
5.15 AOV femenino		
5.16 AOV masculino		
5.17 Número de personas que recibieron orientación en Anticoncepción		
5.18 Mujeres con muestra de PAP tomada		
6. CONTROL DE CRECIMIENTO INFANTIL		
	NUEVO	REPETIDO
6.1 Control del niño menor de 1 año		
6.2 Control del niño de 1 año a menor de 2 años		
6.3 Control del niño 2 años a menor de 5 años		
7. OTRAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA		
7.1 Sueros		
7.2 Inyectables		
7.3 Curaciones y/o suturas		
8. NUTRICIÓN Y MICRONUTRIENTES		
8.1 Mujeres embarazadas que recibieron 90 tabletas de hierro		
8.2 Mujeres puerperas que recibieron 90 tabletas de hierro		
8.3 Niños de 6 meses a menores de 2 años con dosis completa de hierro		
8.4 Niños de 2 años a menores de 5 años con dosis completa de hierro		
8.5 Mujeres puerperas que recibieron dosis única de vitamina A		
8.6 Niños de 6 a 11 meses con dosis única de vitamina A		
8.7 Niños de 1 año a menores de 5 años con 1ra dosis vitamina A		
8.8 Niños de 1 año a menores de 5 años con 2da dosis de vitamina A		
8.9 Niños de 0 a 6 meses que reciben Lactancia Materna Exclusiva		
9. ACTIVIDADES CON LA COMUNIDAD		
9.1 N° de actividades realizadas con participación de la comunidad		
9.2 N° de CAI de sector realizados		
9.3 N° de comunidades que participaron en el CAI de sector		
10. ATENCIÓN DE PARTOS EN SERVICIO		
10.1 Vaginales		
10.2 Cesáreas		
10.3 Nacidos vivos		
10.4 Nacidos muertos		
10.5 Nacidos vivos con peso menor a 2500g		
10.6 Nacidos muertos con peso menor a 2500g		
10.7 Mujeres con primer control post parto		

11. ATENCIÓN DE PARTOS EN DOMICILIO	
11.1 Partos atendidos por personal de salud	
11.2 Nacidos vivos atendidos por personal de salud	
11.3 Nacidos muertos atendidos por personal de salud	
11.4 Partos atendidos por partera capacitada	
11.5 Nacidos vivos atendidos por partera capacitada	
11.6 Nacidos muertos atendidos por partera capacitada	
12. INTERNACIONES	
12.1 Ingresos referidos de otros establecimientos de salud	
12.2 Ingresos espontáneos	
12.3 Egresos	
12.4 Fallecidos antes de las 48 hrs.	
12.5 Fallecidos a partir de las 48 hrs.	
12.6 Días camas ocupadas maternidad	
12.7 Días camas ocupadas otros servicios	
12.8 Días camas disponibles maternidad	
12.9 Días camas disponibles otros servicios	
12.10 Contrareferidos	
13. DIAGNÓSTICOS DE EGRESO EN MENORES DE 5 AÑOS	
13.1 Diarreas	
13.2 Neumonías	
13.3 Otros	
14. CIRUGÍAS Y ANESTESIAS	
14.1 Cirugías medianas y mayores	
14.2 Anestesiología generales, locales o regionales	
15. VACUNACIONES EN MENORES DE 1 AÑO DENTRO DEL SERVICIO	
15.1 Pentavalente 1ra dosis	
15.2 Pentavalente 2da dosis	
15.3 Pentavalente 3ra dosis	
15.4 Polio 1ra dosis	
15.5 Polio 2da dosis	
15.6 Polio 3ra dosis	
15.7 BCG	
16. VACUNACIONES EN MENORES DE 1 AÑO FUERA DEL SERVICIO	
16.1 Pentavalente 1ra dosis	
16.2 Pentavalente 2da dosis	
16.3 Pentavalente 3ra dosis	
16.4 Polio 1ra dosis	
16.5 Polio 2da dosis	
16.6 Polio 3ra dosis	
16.7 BCG	
17. VACUNACIONES EN NIÑOS DE 12 MESES A MENORES DE 5 AÑOS	
17.1 DPT (1ra o 2da o 3ra o refuerzos)	
17.2 Polio (1ra o 2da o 3ra o refuerzos)	
18. VACUNACIONES DE SRP Y FIEBRE AMARILLA (Niños de 12 a 23 meses)	
18.1 Vacunaciones SRP dentro de servicio	
18.2 Vacunaciones SRP fuera de servicio	
18.3 Vacunaciones fiebre amarilla dentro de servicio	
18.4 Vacunaciones fiebre amarilla fuera de servicio	
19. VACUNACIONES DE SR (Niños de 24 meses a menores de 5 años)	
19.1 Vacunaciones dentro de servicio	
19.2 Vacunaciones fuera de servicio	
20. OTRAS VACUNACIONES	
20.1 Vacunaciones antiamarilla en personas a partir de los 2 años	
20.2 Mujeres de 15 a 49 años 1ra dosis de dT	
20.3 Mujeres de 15 a 49 años 2da dosis de dT	
20.4 Mujeres de 15 a 49 años 5ta dosis de dT	
20.5 Antirrábica humana esquema completo	
20.6 Antirrábica canina	
21. TUBERCULOSIS	
21.1 Tratamientos iniciados con esquema I	
21.2 Tratamientos iniciados con esquema II	
21.3 Tratamientos iniciados con esquema III	
22. MALARIA	
22.1 Número de muestras hemáticas tomadas	
22.2 Total de casos confirmados	
22.3 Tratamientos iniciados por sospecha	
23. CHAGAS	
23.1 Viviendas evaluadas	
23.2 Viviendas positivas	
23.3 Tratamientos iniciados en el mes a niños menores de 5 años	
23.4 Tratamientos iniciados en el mes a niños RN a nueve meses	
24. CONTROL VECTORIAL DE DENGUE, LUCHA VECTORIAL INTEGRADA	
24.1 Número de actividades realizadas con la comunidad	

DECLARACIÓN JURADA

Yo.....

Nombre y Apellidos

Declaro la veracidad de los datos del presente formulario

Firma

ANEXO 2

CONSOLIDADO ANUAL DE ACTIVIDADES

Bermejo, Noviembre 1 del 2006.-

Señor:

Dr. Florindo Patiño
DIRECTOR H.V.CH.

Presente.-

Ref.: SOLICITUD INVESTIGACIÓN.-

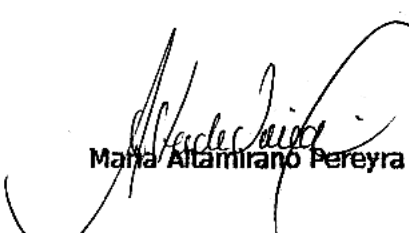
De mi mayor consideración:

A tiempo de enviarle un cordial saludo a su persona deseándole éxitos en las delicadas funciones que desempeña.

Tengo a bien solicitarle me permita tener acceso a **Registros, Historias Clínicas y documentos de estadísticas a fin de realizar mi trabajo de Tests sobre Cáncer Cervico-uterino**, comprometiéndome a tener **absoluto cuidado y confiabilidad de Información sobre los solicitados documentos.**

Sin otro particular, reitero mis consideraciones más distinguidas.

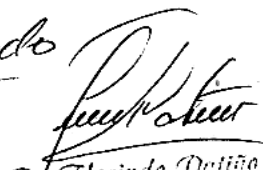
Atentamente.


María Altamirano Pereyra



C.c./Arch.

Receivido


Dr. Florindo Patiño
DIRECTOR
Centro Salud Hospital Bermejo

ANEXO 3
HISTORIA CLÍNICA

INFORME DE CITOLOGIA CERVICO -UTERINA

Nº..... Departamento..... Red..... Día Mes Año

Municipio..... Servicio de Salud.....

Nombre de la usuaria..... Edad.....

Ultima citología: Mes Año Apellido paterno Materno Nombres

Antecedentes:

Primera vez ☐ Puerperio ☐ Embarazo actual ☐

Un año o menos ☐ DIU in situ ☐ Posmenopausia ☐

2-3-años ☐ Tratamiento hormonal ☐ Histerectomía ☐

Mas de 3 años ☐ Otros tratamientos ☐ Día Mes Año
FUM

Nombre del responsable de la Citología

Apellido paterno Materno Nombres

Fecha de interpretación: Día Mes Año

Laboratorio..... Nº de registro.....

Informe de adecuación

Diagnóstico descriptivo

Inflamación

Satisfactorio ☐

Frotis inadecuado ☐

Infección ☐

Inflamación ☐

Misceláneas ☐

Leve ☐

Moderada ☐

Severa ☐

Negativos y variantes (cambios reactivos y reparativos)

Inflamación que morfológicamente corresponde a:

Radiación y quimioterapia ☐

Células de tipo reparativo ☐

Cambios celulares por DIU ☐

Cándida Albicans ☐

Cambios sugestivos de Vaginosiis ☐

Trichomona Vaginales ☐

Cambios sugerentes a Actinomicis ☐

Cambios sugerentes a Herpes Virus ☐

Cambios sugerentes a Papiloma Virus ☐

ANORMALIDADES DE CELULAS EPITELIALES

CELULAS ESCAMOSAS

1) ATIPICOS - ASCUS:

Con HPV ☐ Sin HPV ☐

2) LESION INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LIE - B): ☐

(Neoplasia intraepitelial cervical NICI -displasia leve)

3) LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (LIE - A): ☐

(Neoplasia intraepitelial cervical II NICII - displasia moderada)

(Neoplasia intraepitelial cervical III NICIII - displasia severa)

(Carcinoma in situ)

4) Celulas malignas correspondientes a:

Carcinoma invasor ☐

5) Otras neoplasias malignas ☐

CELULAS GLANDULARES

1) ATIPICAS:

Endocervicales ☐

Endometriales ☐

Glandulares no específicas ☐

2) Atípicas probablemente neoplásticas ☐

3) Adenocarcinoma endocervical in situ ☐

4) Adenocarcinoma ☐

Repetir el estudio ☐

Motivo.....

Nombre del Citotecnólogo.....

Apellido paterno Materno Nombres

La muestra fué revisada por el Patólogo SI ☐ NO ☐

Firma del Patólogo.....

ANEXO 4

HISTORIA CLÍNICA DE LA MUJER NO GESTANTE

Servicio Departamental de Salud Tarija
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO – TARIJA

Nº H.C:.....
Nº SBS:.....

Nombre	Fecha nac.	
Nombre del esposo	Esposa	
Dirección		

[illegible]

ANEXO 5

FORMULARIO 1. INFORME DE ACTIVIDADES DE DETECCIÓN Y CONTROL DE CANCER DE CUELLO UTERINO

ANEXO 6

FORMULARIO 2. CONSOLIDADO MENSUAL DE CASOS SOSPECHOSOS

ANEXO 7

SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN

ANEXO 8

INSPECCIÓN VISUAL DEL CÉRVIX

CANCER

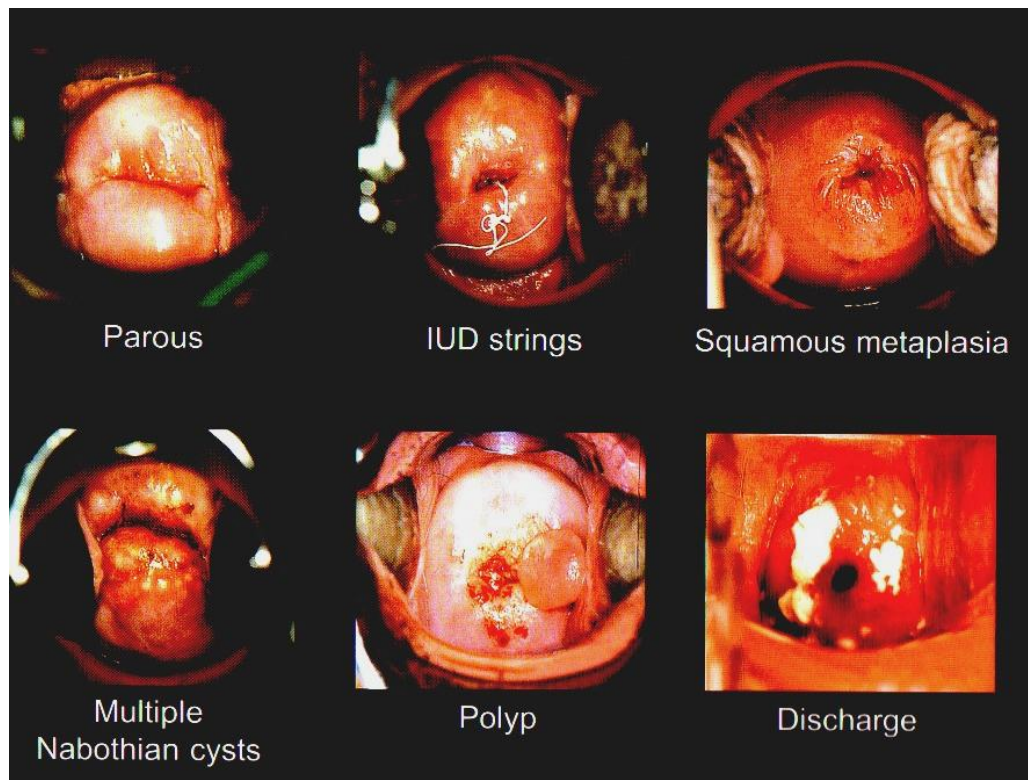
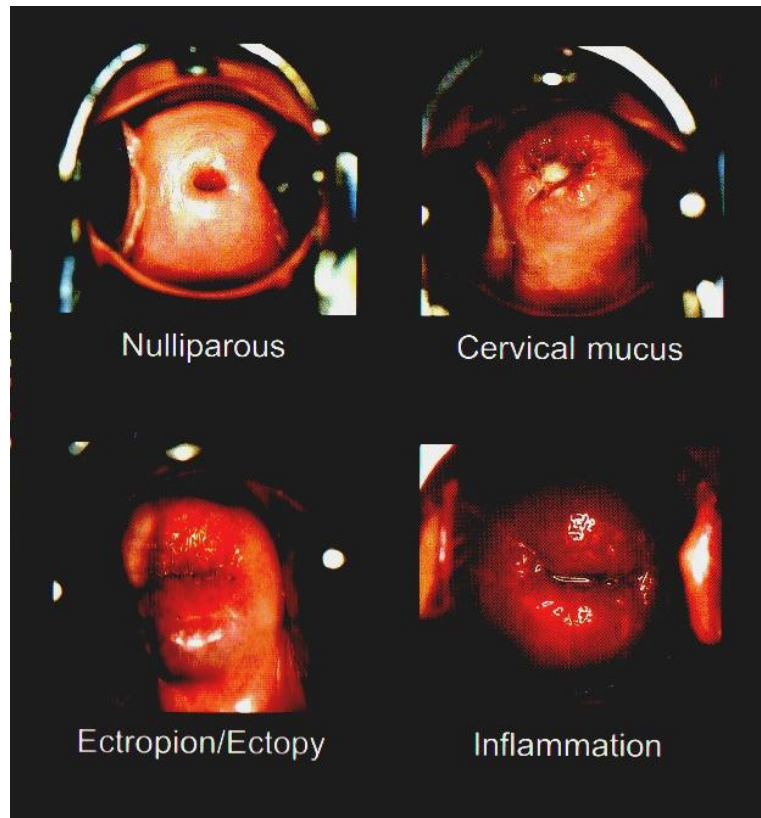


Extensive
fungating growth



Hemorrhagic tumor
mass in vagina

INSPECCIÓN VISUAL DEL CÉRVIX



MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
DIRECCIÓN GENERAL SERVICIOS DE SALUD
DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

FORMULARIO 2 - CONSOLIDADO MENSUAL DE CASOS SOSPECHOSOS

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD:

MES:

--	--

AÑO:

--	--

No.	FECHA	No. DE PAP	DISTRITO O MUNICIPIO	ESTABLECIMIENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	DIAGNOSTICO CITOLÓGICO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
DIRECCIÓN GENERAL SERVICIOS DE SALUD
DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

FORMULARIO 3 - CONSOLIDADO ANUAL DE ACTIVIDADES

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD:

SEDES	POBLACIÓN TOTAL DE MUJERES 20 A 64 AÑOS	No. DE MUJERES TAMIZADAS	COBERTURA ALCANZADA (%) (1)	No. DE CASOS POSITIVOS (2)	No. DE CASOS POSITIVOS CONFIRMADOS POR COLPOSCOPIA Y BIOPSIA	No. DE CASOS TRATADOS		No. DE CASOS CON CITOLOGÍA ANORMAL QUE REGRESIONARON (3)	No. DE MUJERES CON SEGUIMIENTO (4)
						CASOS NUEVOS	CONTROL		

OBSERVACIONES TÉCNICAS:

DIFICULTADES ENCONTRADAS:

NOTA: Adjunto al presente informe debe enviarse detalle de casos positivos.

(1) El numerador sera el No. de mujeres con PAP (casilla No. 2) y el denominador el total de mujeres de 20 a 64 años.

(2) Caso positivo es todo aquel que presente un resultado de LIE de bajo, alto grado o positividad a células neoplásicas.

(3) Respecto a los casos tratados y no tratados con citología de control.

(4) Referente a los casos que son o fueron positivos y que tienen control periódico.