



MEMORANDUM N° **139/24**

Producido por: Sr. Secretaría de Servicios de Salud	Dirigido a: Sres. Gerentes Generales de todas las Áreas Operativas Sanitarias de la Provincia de Salta. c/c: Subsecretaria de Gestión de Salud y Coordinación Jurisdiccional Programa Sumar - Proteger y Redes.-
Dr. Martin Miguel Monerri.	SALTA, 22 OCT. 2024

ASUNTO:

Con **carácter obligatorio** los Gerentes Generales de todas las Áreas Operativas Sanitarias de la Provincia de Salta, deberán dar cumplimiento a los atributos exigidos por el Programa Sumar - Proteger - Redes que se detallan en Anexo adjunto, los cuales deberán estar plasmados en las Historias Clínicas Electrónicas, indispensables para el proceso de Auditoría Contable y Medica.


Dr. MARTIN MIGUEL MONERRI
Secretario de Servicios de Salud

A N E X O

Control de embarazo < a 13 semanas CTC005W78 CIE 10 Z349	Control de embarazo (desde semana 13) CTC004W78 CIE 10 Z371
*Fecha de control *Edad gestacional *Evaluación de riesgo *Talla *Peso *Toma de TA *IMC *Diagnóstico de vida fetal *Solicitud de laboratorio *Constancia de indicación de suplementación de hierro/ácido fólico *Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) Fuente de registro válida: HC, HCPB, SIP, FM	*Fecha de control *Edad gestacional *Evaluación de riesgo *Constancia de aplicación de inmunizaciones o certificación de vigencia en HC (si corresponde) *Peso *Toma TA *IMC *Altura Uterina *Diagnóstico de vida fetal *Solicitud de laboratorios y ecografía o registro de resultados (si corresponde) *Indicación de suplementación con hierro/ác. fólico *Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) *Fuente de registro válida: HC, HCPB, SIP, FM

Control de puerperio inmediato CIE 10 Z392	CTC001W86	*Fecha de nacimiento *Fecha de prestación *Fecha de parto o cesárea *Constancia de aplicación de inmunizaciones o certificación de vigencia en HC *Toma TA *Temperatura *Control de involución uterina y loquios *Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) *Fuente de registro válida: HC, HCPB, SIP, FM
--	-----------	--

Prenatal	Consejería	Consejería sobre lactancias, salud sexual y reproductiva, hábitos saludables CIE 10 Z391	COT025W78	*Fecha de nacimiento *Fecha de prestación *Consejería integral en salud sexual y reproductiva, cuidados en el embarazo y puerperio, lactancia *Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) *Fuente de registro válida: HC, HCPB, SIP, FM
Puerperio	Consejería	Consejería puerperal en salud sexual, lactancias y puericultura (prevención de muerte súbita y signos de alarma) CIE 10 Z300	COT017W86	*Fecha de nacimiento *Fecha de prestación *Fecha de parto o cesárea *Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) *Fuente de registro válida: HC, HCPB, SIP, FM
Prevención Primaria	Consejería	Consejería de salud sexual y reproductiva en efector CIE 10 Z300	COT015A98	Fecha de nacimiento Fecha de la prestación Consejería integral en salud sexual y reproductiva/embarazo Firma y sello del responsable que realiza la prestación (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) Fuente válida: HC o FM

Control Ginecológico CTC008A97 CIE 10 Z014

Adolescentes 10 a 19 años	Jóvenes 20 a 29 años	Adultos de 30 a 59 años	Personas mayores >60 años
*Fecha de nacimiento *Fecha de la prestación *Evaluación de riesgo de ITS *Indicación de vacuna VPH (si corresponde) *Evaluación genitourinaria y mamaria (si corresponde) *Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) *Fuente de registro válida: HC, FM.	*Fecha de nacimiento *Fecha de la prestación *Tamizaje cáncer de cuello uterino (25 a 69 años): ya sea registro de toma de muestra para PAP (cada 3 años si resultado negativo) o entrega de su resultado o Toma de muestra VPH en personas de 30 o más años (cada 5 años si resultado negativo) o entrega de su resultado. *Tamizaje de cáncer de mama (50 a 69 años): Solicitudo de mamografía (cada 2 años con mamografía negativa) o entrega de resultado *Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) *Fuente de registro válida: HC, FM.	*Fecha de nacimiento *Fecha de la prestación *Tamizaje cáncer de cuello uterino (25 a 69 años): ya sea registro de toma de muestra para PAP (cada 3 años si resultado negativo) o entrega de su resultado o Toma de muestra VPH en personas de 30 o más años (cada 5 años si resultado negativo) o entrega de su resultado. *Tamizaje de cáncer de mama (50 a 69 años): Solicitudo de mamografía (cada 2 años con mamografía negativa) o entrega de resultado *Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) *Fuente de registro válida: HC, FM.	*Fecha de nacimiento *Fecha de la prestación *Tamizaje cáncer de cuello uterino (25 a 69 años): ya sea registro de toma de muestra para PAP (cada 3 años si resultado negativo) o entrega de su resultado o Toma de muestra VPH en personas de 30 o más años (cada 5 años si resultado negativo) o entrega de su resultado. *Tamizaje de cáncer de mama (50 a 69 años): Solicitudo de mamografía (cada 2 años con mamografía negativa) o entrega de resultado *Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) *Fuente de registro válida: HC, FM.

Ane x o

Toma de muestra para PAP (25 a 69 años) CIE 10 Z124	PRP018A98	* Fecha de nacimiento * Fecha de la prestación * Toma de muestra para PAP en mujeres de 25 a 69 años (cada 3 años en pacientes con resultado negativo) * Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) * Fuente de registro válida: HC, FM, SITAM
---	------------------	--

Imagenología	Ecografía abdominal	IGR032VMD	* Fecha de la prestación * Informe de estudio * Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) * Fuente de registro válida: HC, RSI
Imagenología	Ecografía ginecológica	IGR008VMD	* Fecha de la prestación * Informe de estudio * Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) * Fuente de registro válida: HC, RSI

Colocación de DIU CIE 10 Z301	PRP003VMD	* Fecha de nacimiento * Fecha de la prestación * Firma y sello del responsable de la prestación (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) * Fuente de registro válida: HC
Colocación de implante subdérmico para anticoncepción hormonal (13 a 24 años) CIE 10 Z317	PRP048W14	* Fecha de nacimiento * Fecha de la prestación * Fecha del último parto/cesárea/aborto o FUM * Consejería integral en salud sexual y reproductiva * Carga del "Formulario de registro de métodos anticonceptivos de larga duración - DNSSYR" * Firma y sello del responsable que realiza la prestación (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) * Fuente de registro válida: HC, FM
Colocación SIU (anticonceptivo hormonal) Cie 10 Z306	PRP059VMD	* Fecha de nacimiento * Fecha de la prestación * Firma y sello del responsable de la prestación (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) * Fuente de registro válida: HC

Examen periódico de salud CTC001A97

0 a 5 años Cie 10 Z001	6 a 9 años Cie 10 Z001	Adolescentes 10 a 19 años Cie 10 Z000
*Fecha de nacimiento *Fecha de la prestación *Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación *Peso *Talla *Percentilo de Peso/ Edad - Talla/Edad -Peso/ Talla *Perímetro cefálico en menores de 1 año *Evaluación psicomadurativa *Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) *Fuente de registro válida: HC, FM, Planilla PROSANE (papel o cargada al SISA)	*Fecha de nacimiento *Fecha de la prestación *Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación *Peso *Talla *IMC *Percentilo IMC o Puntaje Z del IMC *Percentilo de Peso/ Edad - Talla/Edad -Peso/ *Talla *Toma de TA *Examen físico *Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) *Fuente de registro válida: HC, FM, Planilla PROSANE (papel o cargada al SISA)	*Fecha de nacimiento *Fecha de la prestación *Peso *Talla *Toma de TA *Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación *Examen físico *Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) *Fuente de registro válida: HC, FM, Planilla PROSANE (papel o cargada al SISA)

Examen periódico de salud CTC001A97

Jóvenes 20 a 29 años CIE 10 Z000	Adultos de 30 a 59 años CIE 10 Z000	Personas mayores >60 años CIE 10 Z000
* Fecha de nacimiento * Fecha de la prestación * IMC o perímetro de cintura * Toma de TA * Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación * Examen físico * Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) * Fuente de registro válida: HC, FM	* Fecha de nacimiento * Fecha de la prestación * Evaluación de riesgo según edad y sexo * IMC o perímetro de cintura * Toma de TA * Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación * Examen físico * Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) * Fuente de registro válida: HC, FM	* Fecha de nacimiento * Fecha de la prestación * Evaluación de riesgo según edad y sexo * IMC o perímetro de cintura * Toma de TA * Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación * Examen físico * Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) * Fuente de registro válida: HC, FM
Consulta para diagnóstico de diabetes tipo 2 (a partir de 18 años) CTC050A98-T89-T90 CIE 10 insulínodpendiente E109 no insulínodpendiente E119	Consulta de seguimiento de diabetes tipo 2 (a partir de 18 años) CTC051T89-T90 CIE 10 insulínodpendiente E109 no insulínodpendiente E119	Consulta de detección y/o seguimiento de HTA (CTC074A266) CIE 10 I10
* Fecha de nacimiento * Fecha de la prestación * Anamnesis orientada al riesgo * Peso * Toma de TA * IMC * Circunferencia de cintura * Examen físico * Solicitudes de Laboratorio según protocolo * Consejo dieta saludable en adultos de riesgo o findrisc mayor a 12 * Consejería en actividad física en paciente con Factores de riesgo cardiovascular o findrisc mayor a 12 * Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) * Fuente de registro válida: HC, FM	* Fecha de nacimiento * Fecha de la prestación * Peso * Toma de TA * IMC * Síntomas o Diagnóstico * Informe de estudios solicitados * Examen físico * Consejo dieta saludable en adultos de riesgo o findrisc mayor a 12 * Consejería en actividad física en paciente con Factores de riesgo cardiovascular o findrisc mayor a 12 * Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) * Fuente de registro válida: HC, FM	* Fecha de nacimiento * Fecha de la prestación * Anamnesis orientada al riesgo * Rastreo de consumo de tabaquismo y otras drogas * Consejería conductual breve de cese de tabaquismo (si corresponde) * Peso * Toma de TA * IMC Examen físico. * Estimación RCV total con "Tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH" * Solicitudes de Laboratorio según protocolo. Perfil lipídico (varones de 40 a 64 años y mujeres de 50 a 64 años). Cada 5 años ante resultado dentro de parámetros normales * Tratamiento indicado (si corresponde) * Plan de seguimiento (si corresponde) * Consejería en dieta saludable y actividad física en personas de riesgo cardiovascular o findrisc mayor a 12 * Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico) * Fuente de registro válida: HC