



- Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

7.3 Prestación de los Servicios Sanitarios

- Considerar inicialmente a demanda y luego según programación de citas
- Se brindará las atenciones de acuerdo a la cartera de servicio de cada eess

7.3.1 PROGRAMACIÓN DE ATENCIONES A LOS USUARIOS

Para la programación de las atenciones en los circuitos NO COVID-19 e IRA COVID-19:

- se conformarán dos equipos de atención en ambos circuitos entre el personal del establecimiento de salud, quienes realizarán prestaciones presenciales y remotas.
- El cálculo del rendimiento horas efectivas en el circuito de atención NO COVID-19, prestaciones PRESENCIALES y REMOTAS, serán programados en 4 horas efectivas laboradas en cada turno, quedando 2 horas para las labores administrativas que complementan el trabajo asistencial, durante el turno de trabajo; sin embargo, las atenciones REMOTAS en el Circuito de atención IRA COVID-19, se considerara 6 horas efectivas laboradas dentro de las cuales están consideradas las actividades administrativas.
- Para establecer el cálculo de los valores del rendimiento horas efectivas por profesionales de la Salud, de un servicio o el promedio de rendimiento del conjunto de profesionales que laboran en un servicio, bajo la modalidad REMOTA o PRESENCIAL, en ambos Circuitos de atención, se realizara teniendo en cuenta los siguientes valores:

7.3.1.1. PRESENCIAL

7.3.1.1.1 ATENCIONES Y RENDIMIENTO PROGRAMADO MODALIDAD DE TRABAJO PRESENCIAL CIRCUITO DE ATENCION IRA COVID -19



Nº	Grupo Profesional	Turnos Programados	Atenciones Programadas por turno	Rendimiento Horas Efectivo por Profesional
1	M. GENERAL	Según la programación del E.E.S.S. durante el mes.	No se programa las atenciones, es según la demanda diaria.	Según la demanda
2	M. ESPECIALIDADES			
3	OTROS PROFESIONALES			

FUENTE: "Norma Técnica de Salud para la adecuación de la Organización de los Servicios en el Perú de Salud con énfasis en el primer nivel de atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19"

7.12.1.1.2 ATENCIONES Y RENDIMIENTO PROGRAMADO MODALIDAD DE TRABAJO PRESENCIAL CIRCUITO DE ATENCION NO COVID -19



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

Nº	Grupo Profesional	Turnos Programados	Atenciones Programadas por turno	Rendimiento Horas Efectivo por Profesional
1	M. GENERAL	SEGÚN PROGRAMACION DEL E.E.S.S. DURANTE EL MES	8	2
2	M. ESPECIALIDADES		8	2
3	M.PCT		6	2
4	ENFERMERA (O)		12	3
5	ENFERMERA (O) PCT		6	2
6	OBSTETRIZ		6	1.5
7	NUTRICIONISTA		10 a 12	2.5
8	OTROS PROFESIONALES		6	1.5.

FUENTE: OFICINA OIS DIRIS-LC.

7.3.1.2 NO PRESENCIAL

7.3.1.2.1 ATENCIONES Y RENDIMIENTO PROGRAMADO MODALIDAD DE TRABAJO REMOTO CIRCUITO DE ATENCION IRA COVID -19

Nº	Grupo Profesional	Turnos Programados	Atenciones Programadas por turno	Rendimiento Horas Efectivo por Profesional
1	M. GENERAL	Según la programación del E.E.S.S. durante el mes.	30	5
2	M. ESPECIALIDADES		30	5
3	OTROS PROFESIONALES		20	3.3

FUENTE: "Norma Técnica de Salud para la adecuación de la Organización de los Servicios en el Perú de Salud con énfasis en el primer nivel de atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19"

7.3.1.2.2 ATENCIONES Y RENDIMIENTO PROGRAMADO MODALIDAD DE TRABAJO REMOTO CIRCUITO DE ATENCION NO COVID -19

Nº	Grupo Profesional	Turnos Programados	Atenciones Programadas por turno	Rendimiento Horas Efectivo por Profesional
1	M. GENERAL	SEGÚN PROGRAMACION DEL E.E.S.S. DURANTE EL MES	10 a 12	2.5 a 3
2	M. ESPECIALIDADES		10 a 12	2.5 a 3
2	M.PCT		10 a 12	2.5 a 3
3	ENFERMERA (O)		8	2
4	ENFERMERA (O) PCT		10 a 12	2.5 a 3
5	OBSTETRIZ		9 a 10	1.8 a 2.5
6	NUTRICIONISTA		8	3
7	ODONTOLOGO		6 a 8	1.5 a 2
8	ASISTENTA SOCIAL		8	2
9	SICOLOGO		8	2
10	OTROS PROFESIONALES	8	2	





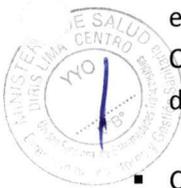
Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

7.4 TRABAJADORES DE SALUD

Se establecerá la programación prospectiva de **dos meses** mínimo para los turnos de los profesionales de la salud, personal técnico asistencial y administrativo: nombrado, CAS o contratado por terceros.

PROGRAMACION DE TURNOS

- Cada RIS o IPRESS según sea el caso deberá determinar el aforo del personal que laborará en el EESS e informarlo mensualmente a la Oficina de Recursos Humanos de la DIRIS Lima Centro, manteniendo a aquellos trabajadores que estén en condiciones de realizar el trabajo de manera PRESENCIAL que permita continuar con el cumplimiento de la atención de acuerdo a los circuitos establecidos y actividades asistenciales programadas.
- Cada RIS o IPRESS deberá establecer que trabajadores realizarán Teletrabajo en su domicilio o lugar de aislamiento e informarlo mensualmente a la Oficina de Recursos Humanos de la DIRIS Lima Centro; utilizando cualquier medio o mecanismo que posibilite realizar las labores fuera del Centro de Trabajo; siempre que la naturaleza de sus labores se lo permita.
- Cada RIS o IPRESS deberá identificar y priorizar a los trabajadores considerados dentro del grupo de riesgo por edad y por los factores clínicos establecidos en la RM 448 -2020/MINSA y sus posteriores actualizaciones, debiendo informarlo a la Oficina de Recursos Humanos de la DIRIS Lima Centro a fin de aplicar de manera obligatoria el trabajo remoto en estos casos.
- Cada RIS o IPRESS una vez que ha determinado el número de trabajadores que harán trabajo presencial o trabajo remoto en cada EESS de su Jurisdicción; deberá realizar la programación de los turnos (para ambos tipos de trabajo), actividades a realizar (que será establecido por el Jefe del Servicio y/o encargado de la Estrategia) y deberá informarlo mensualmente a la Oficina de Recursos Humanos de la DIRIS Lima Centro; para el monitoreo del cumplimiento de la asistencia y /o actividad remota programada.
- Cada RIS o IPRESS deberá considerar la programación de turnos presencial o remota y actividades a realizar (establecidas por el Jefe de Servicio) para el personal que desempeña actividades ADMINISTRATIVAS; aplicándose los mecanismos para que éstas se articulen a la realización de las actividades asistenciales.
- Los instrumentos para la programación de turnos que se utilizarán serán: la **Programación de turnos para el Personal Nombrado, la Liquidación de asistencia y cumplimiento de turnos del Personal Nombrado, la Programación de turnos para el Personal que labora por Contrato Administrativo de Servicios (CAS), Liquidación de asistencia y cumplimiento de turnos del personal CAS, la Programación de turnos del personal Contratado por Terceros.** (Anexo 12 - Anexo 13- Anexo 14, Anexo 15, Anexo 16). En este último caso, los turnos a laborar y actividades a desarrollar en cada IPRESS durante esta etapa de Emergencia





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

Epidemiológica se establecen entre el Servicio de Logística y la Jefatura del Servicio en el que labora el trabajador; debiéndolo informar a la Jefatura del Establecimiento; quien a su mismo tiempo lo informa a la RIS.

7.4.1 Guardias Comunitarias

La RM N° 030-2020, que aprueba DT Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para Persona, Familia y Comunidad que hace referencia a las Guardias Comunitarias, definidas como la actividad que el personal de salud realiza de manera efectiva en el EE.SS con o sin internamiento, del primer nivel de atención; como parte de la jornada de trabajo, por necesidad y continuidad del servicio de salud a requerimiento de la entidad debidamente, dentro de la Ley N° 23536 (24/12/82) Ley que establece las normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud (Art. 7,8,9 y 28).

Por lo tanto, las Guardias Comunitarias deben ser realizadas presencialmente según organización de cada EE. SS, priorizando servicios de Emergencia, Farmacia, CRED, Planificación Familiar, Medicina General, Materno Perinatal, TBC, Inmunizaciones, Laboratorio, etc. (prestaciones No COVID).

7.4.2 Atención Primaria de Salud

Las actividades de Atención Primaria de Salud se desarrollarán de forma virtual y remota debido a las características de la pandemia en las que nos encontramos. Esta atención a distancia podrá ser complementada con la asistencia presencial solo en aquellos casos que precisen el contacto persona a persona, y si las condiciones así lo permiten. Esto en marco de la RM N°365-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 018-MINSAQ/DGSP-V.01 " Norma Técnica de Salud en Telesalud". RM N° 117-2020/MINSA, que aprueba el DU N° 285-MINSA-2020-DIGTEL: Directiva para la implementación y desarrollo de los servicios de Telemedicina Sincrónica y Asincrónica.

DE LAS RESPONSABILIDADES

8.1 NIVEL LOCAL - DIRIS LIMA CENTRO

Los responsables de cada RIS y los Jefes de Establecimientos de Salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro son responsables de la aplicación de lo dispuesto en la presente Guía De Operatividad para El Manejo Ambulatorio de Usuarios De Los EESS en el Marco Del Covid-19.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

Los Gobiernos Locales son responsables de la identificación, organización y funcionamiento de los CAT en su jurisdicción, en coordinación con el E.S. del PNAS correspondiente y la RIS a la que pertenecen. Los recursos humanos, tecnológicos y financieros son proporcionados por el Gobierno Local y/o RIS, mientras dure la emergencia sanitaria por la Pandemia por COVID-19.

La información contenida en la presente Guía de Operatividad se encuentra sujeta a modificaciones en tanto exista nueva información disponible.





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

IX. ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica.

Anexo 2: Flujo de Clasificación de Casos Positivos a COVID-19

Anexo 3: Carta de Compromiso para pacientes en investigación.

Anexo 4: Tamizaje de laboratorio para COVID-19 en trabajadores de salud y contactos.

Anexo 5: Instructivo del desarrollo de las pruebas rápidas IgM/IgG para el diagnóstico de COVID-19

Anexo 6: Farmacovigilancia: Información de la Seguridad de Hidroxicloroquina e ivermectina.

Anexo 7: Notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos por los profesionales de la salud

Anexo 8: Formato de Registro del Monitoreo de sospecha de Reacciones Adversas a medicamentos en pacientes COVID 19

Anexo 9: Telemedicina: Formato de Consentimiento Informado para Teleconsulta

Anexo 10: Cartera de Servicios IRA COVID-19

Anexo 11: Cartera de Servicios NO COVID

Anexo 12: Programación de Trabajadores de Salud: Programación de turnos para el Personal Nombrado.

Anexo 13: Liquidación de Asistencia y Cumplimiento de turnos del Personal Nombrado.

Anexo 14: Programación de turnos para el Personal que labora por Contrato Administrativo de Servicios. (CAS)

Anexo 15: Liquidación de asistencia y cumplimiento de turnos del personal CAS

Anexo 16: Programación de turnos del personal contratado por terceros





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

ANEXOS EPIDEMIOLOGIA
ANEXO 1





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMYGSV.01



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

1. Fecha notificación: ____/____/____
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____
3. EESS: _____ 4. Inst. Adm: MINSA EsSalud Privado
5. Clasificación del caso: Confirmado Probable Sospechoso
6. Detectado en punto de entrada: Si No Desconocido
Si la respuesta es si, fecha: ____/____/____ Lugar: _____

II. DATOS DEL PACIENTE

7. Apellidos y nombres: _____
8. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 9. Edad: ____ Año Mes Día
10. Sexo: Masculino Femenino 11. N° DNI: _____ N° Teléfono: _____

LUGAR PROBABLE DE INFECCION

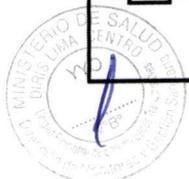
12. Lugar donde el caso fue diagnosticado
País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE

13. Dirección de residencia actual:
País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

III. CUADRO CLÍNICO

14. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____ Asintomático Desconocido
15. Hospitalizado: Si No Desconocido
- Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:
16. Fecha de hospitalización: ____/____/____ 34. Nombre del Hospital: _____
17. Aislamiento: Si No Fecha de aislamiento: ____/____/____
18. El paciente estuvo en ventilación mecánica: Si No Desconocido
19. Evolución del paciente: Recuperado No recuperado Falleció Desconocido
20. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____
21. Síntomas:
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofrío | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica: |
| <input type="checkbox"/> Malestar general | <input type="checkbox"/> Diarrea | () Muscular () Pecho |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | () Abdominal () Articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Cefalea | |
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal | <input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión | |
| <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ | | |
22. Signos:
- Temperatura: ____ °C
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Exudado faríngeo | <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en Rx pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Inyección conjuntival | <input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea | |
| <input type="checkbox"/> Convulsión | <input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar, anormal | |
| <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ | | |





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

23. Condiciones de comorbilidad

<input type="checkbox"/> Embarazo (Trimestre: _____)	<input type="checkbox"/> Pos parto (< 6 semanas)
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)	<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH)
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Daño hepático
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Cáncer

IV. Información de viaje y exposición en los 14 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas (antes de informar si es asintomático)

24. Ocupación

<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Trabajador de salud
<input type="checkbox"/> Trabaja con animales	<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____
<input type="checkbox"/> Trabajador de salud en laboratorio	

25. ¿Ha viajado el paciente 14 días antes de la fecha de inicio de síntomas? Si No Desconocido

26. Si la respuesta es Si, especifique los lugares a los que el paciente viajó:

Pais	Ciudad
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____

27. ¿Ha visitado algún establecimiento de salud en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si No Desconocido Si la respuesta es SI, nombre del EESS _____

28. ¿Ha tenido El paciente contacto cercano con una persona con infección respiratoria aguda en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si la respuesta es si, marque según corresponda:

<input type="checkbox"/> Entorno de salud	<input type="checkbox"/> Entorno familiar	<input type="checkbox"/> Lugar de trabajo
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____	

29. ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si No Desconocido

Si la respuesta es si, liste los datos de los casos confirmados o probables:

Caso 1: _____

Caso 2: _____

Caso 3: _____

Si la respuesta es si, marque el entorno, según corresponda:

<input type="checkbox"/> Entorno de salud	<input type="checkbox"/> Entorno familiar	<input type="checkbox"/> Lugar de trabajo
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____	

Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____

30. ¿Ha visitado algún mercado donde se encuentre animales vivos en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si No Desconocido

Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____

V. LABORATORIO (Para ser llenado por laboratorio)

31. Fecha de toma de muestra: ____/____/____

32. Tipo de muestra: _____

33. Tipo de prueba: _____

34. ¿Se realizó secuenciamiento? Si No Desconocido

35. Fecha de resultado de laboratorio: ____/____/____

VI. INVESTIGADOR

54. Persona que llena la ficha: _____

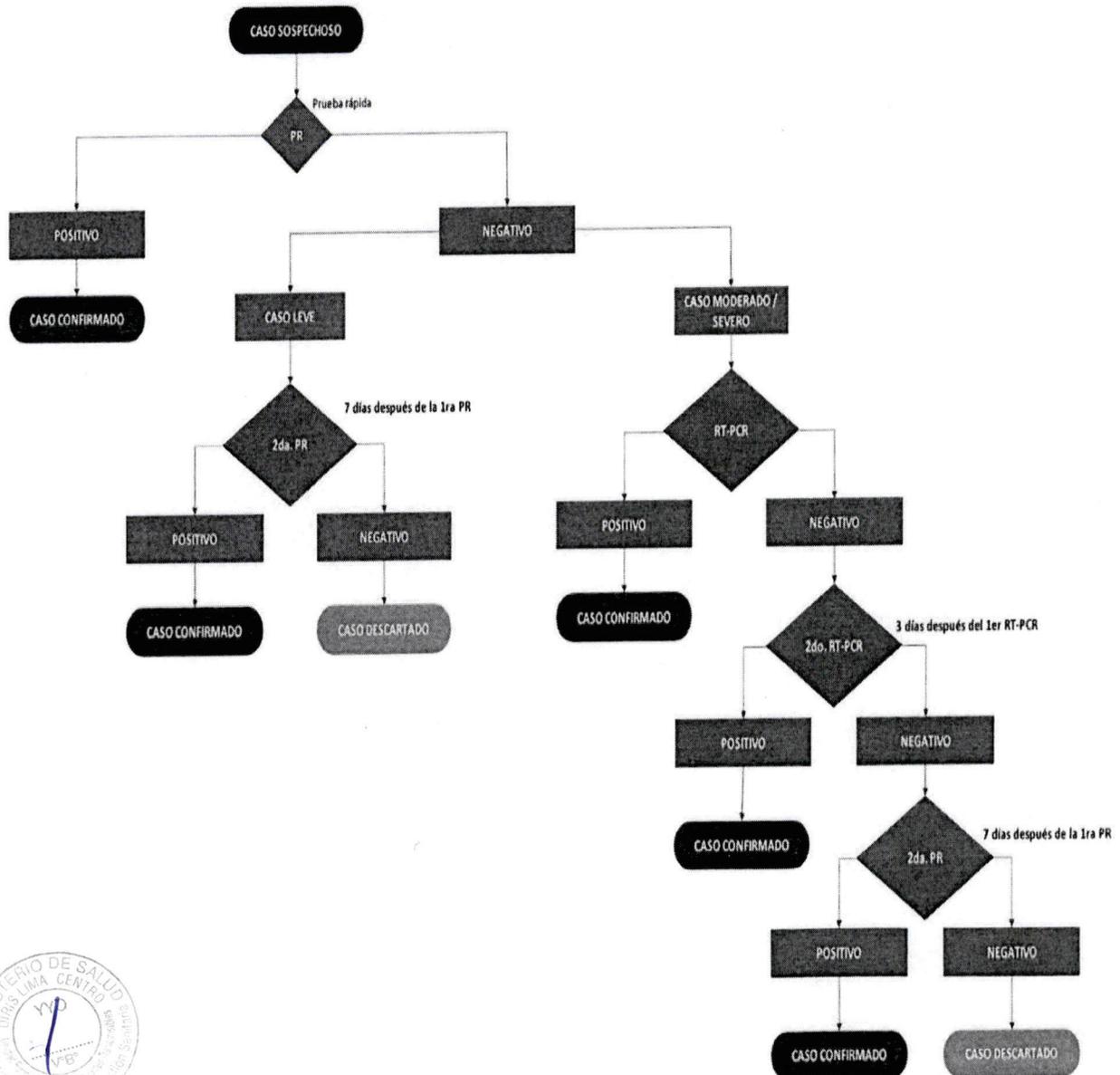
55. Firma y sello: _____





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

Anexo 02
Flujo de clasificación de casos positivos a COVID-19





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

ANEXO 3

DOCUMENTO TÉCNICO
PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR COVID-19 EN EL PERÚ

Anexo 2

Pruebas de laboratorio para casos de COVID-19



* Además, en casos de trabajadores de salud, sospechosos:

Flujograma trabajado por DGIESP e INS/MINSA





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

CARTA DE COMPROMISO PARA PACIENTES EN INVESTIGACIÓN

Yo, con
DNI N°, domiciliado en

he sido informado sobre las medidas de prevención de transmisión, por lo cual me mantendré en aislamiento domiciliario hasta que transcurra el tiempo indicado por el Ministerio de Salud (MINSA).

De no cumplir con dicho compromiso, me someto a las disposiciones especificadas en la

Ley General de Salud N°26842 (Art 76° al 79°)



Ciudad de

.....
Firma del paciente
DNI



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

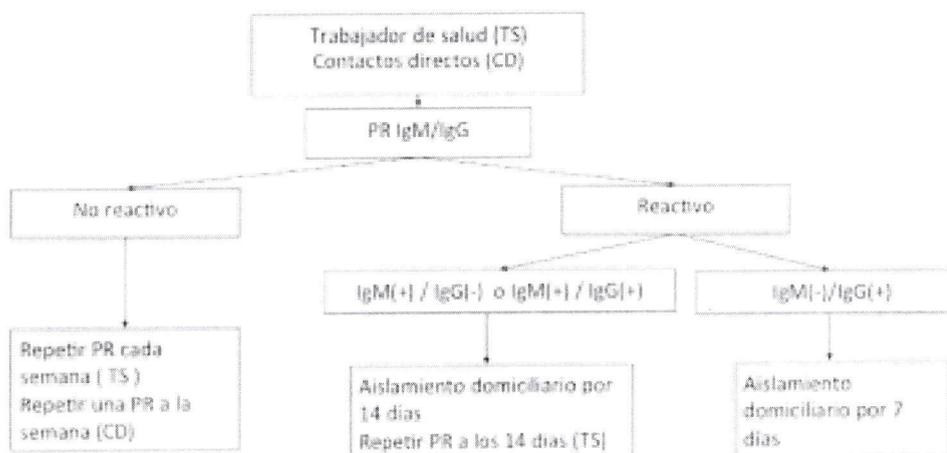
ANEXOS DE LABORATORIO

ANEXO 4

DOCUMENTO TÉCNICO
PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR COVID-19 EN EL PERÚ

ANEXO 3

Tamizaje de laboratorio para COVID-19 en trabajadores de salud y contactos



Flujograma trabajado por INS y DINESPV MINSU



ANEXO 5



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Centro

Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

Instructivo del desarrollo de las pruebas rápidas IgM/IgG para el diagnóstico de COVID-19

1. MATERIAL NECESARIO

1.1. Material de Bioseguridad

- Guantes
- Mandil (opcional)
- Curitas (Venditas)
- Caja o bolsa de bioseguridad para descarte de material.
- Respirador N95 o FFP2

1.2. Material

- Dispositivo o casette
- Lancetas retráctiles
- Marcador (plumón)
- Algodón
- Alcohol de 70°
- Formato para registro de resultados.
- Campo

2. OBTENCIÓN DE SANGRE DE PULPEJO DE DEDO

- Limpiar el área del dedo con un algodón con alcohol y esperar a que el alcohol seque.
- Abrir la lanceta girando el protector de la punta en 180° (según el tipo de lanceta)
- Colocar la lanceta sobre el área a realizar la punción en el dedo anular.
- Presionar hacia abajo la lanceta contra el dedo.
- No retire la lanceta hasta oír "click"
- Descartar la primera gota con un algodón seco y presionar nuevamente el dedo para que se vuelva a formar una nueva gota.
- Tomar el capilar de plástico y con el dedo índice presionar a la mitad del capilar (para generar un vac) dejar que la sangre suba en el capilar.

3. DESARROLLO DE LA PRUEBA

- Verifique la fecha de vencimiento, si la fecha de vencimiento ha expirado utilice otro cartucho.
- Revise el desecante, debe ser transparente, si tiene coloración utilice otro cartucho
- Codifique el casete con los datos del paciente
- Considerar el punto 7 de la obtención de muestra, dispense una gota de la sangre extraída en el pozo de muestra redondo según indique el inserto.
- Añada las gotas de diluyente de ensayo, de acuerdo al inserto de la prueba realizada
- Realice la lectura entre los minutos indicados, según inserto de prueba.
- NOTA: DESPUES DE LOS MINUTOS INDICADOS PARA LA LECTURA PUEDE DAR FALSOS POSITIVOS.





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

ANEXOS FARMACOVIGILANCIA





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

ANEXO 6

INFORMACIÓN DE SEGURIDAD DE HIDROXICLOROQUINA E IVERMECTINA

HIDROXICLOROQUINA SULFATO

Efectos adversos

Común o muy común: dolor abdominal, disminución del apetito, diarrea, labilidad emocional, dolor de cabeza, náusea, reacciones cutáneas, trastornos de la vista, vómitos.

Poco común: alopecia, edema corneal, mareo, trastornos oculares, cambios en el color del cabello, nerviosismo, disfunción neuromuscular, retinopatía incautación, tinnitus, vértigo.

Frecuencia no conocida: insuficiencia hepática aguda, agranulocitosis, anemia, angioedema, trastornos de la médula ósea, broncoespasmo, trastornos de conducción cardíaca, cardiomiopatía, pérdida de la audición, hipoglucemia, leucopenia, trastornos del movimiento, debilidad muscular, miopatía, reacción de fotosensibilidad, psicosis, reflejos ausentes, reacciones adversas cutáneas graves, trombocitopenia, temblor, hipertrofia ventricular.

Sobredosis: la sobredosis es extremadamente peligrosa y difícil de tratar. Las características que amenazan la vida incluyen arritmias (que pueden tener un inicio muy rápido) y convulsiones (que pueden ser intratables).

Contraindicaciones

Antecedentes de hipersensibilidad a cualquier compuesto de 4-aminoquinolina, en presencia de cambios en la retina o en el campo visual atribuibles a los compuestos de 4-aminoquinolina, y para la terapia a largo plazo en niños.

Precauciones

Cardiovascular: se ha informado de miocardiopatía, con víctimas mortales; se sugiere monitoreo y suspender el uso si se sospecha.

Se ha informado prolongación del intervalo QT, arritmias ventriculares y torsades de pointes.

Dermatológica: se puede producir una exacerbación severa de la psoriasis; uso no recomendado. Puede ocurrir una reacción dermatológica, particularmente con el uso concomitante de medicamentos que tienden a producir dermatitis.

Endocrino y metabólico: puede ocurrir hipoglucemia severa y potencialmente mortal, con pérdida de conocimiento, en pacientes tratados con o sin medicamentos antidiabéticos.

Hematológico: la porfiria puede exacerbarse; uso no recomendado. Pueden ocurrir trastornos sanguíneos severos, incluyendo anemia aplásica, agranulocitosis, leucopenia y trombocitopenia; monitoreo recomendado con terapia prolongada; considerar la interrupción

Hepático: dar con precaución a pacientes con enfermedad hepática, alcoholismo o uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos conocidos; puede ser necesario ajustar la dosis

Musculo-esquelético: se ha reportado miopatía proximal; monitorización recomendada, especialmente con terapia a largo plazo.

Neurológico: se ha informado neuropatía; monitorización recomendada, especialmente con terapia a largo plazo.

Oftálmico: se ha informado daño retinal irreversible; mayor riesgo en pacientes que reciben dosis mayores a 6.5 mg/kg, en uso mayor a 5 años, filtración glomerular subnormal, uso de tamoxifeno o enfermedad macular concurrente. Se recomienda monitorizar, incluso después de la interrupción de la terapia, y suspender el uso si se sospecha.

Psiquiátrico: ha sido reportado comportamiento suicida, aunque raro.

Uso concomitante: evite el uso con otros medicamentos que prolongan el intervalo QT.

IVERMECTINA

Efectos adversos

Gastrointestinal: estreñimiento, diarrea, vómitos

Sistema nervioso: mareos, somnolencia, temblor.

Piel: prurito, erupción cutánea

Hepático: nivel de ALT / SGPT elevado, nivel de AST / SGOT

Hematológico: disminución del recuento de leucocitos.





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DNI
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

ANEXO 7

SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

FORMATO
 NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

CONFIDENCIAL

A. DATOS DEL PACIENTE										
Nombres o iniciales(*):										
Edad (*):		Sexo (*) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Peso(Kg):		Historia Clínica y/o DNI:				
Establecimiento(*):										
Diagnóstico Principal o CIE10:										
B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS:										
Marcar con "X" si la notificación corresponde a :										
<input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> Error de medicación <input type="checkbox"/> Problema de calidad <input type="checkbox"/> Otro(Especifique).....										
Describir la reacción adversa (*)						Fecha de inicio de RAM (*): ___/___/___				
						Fecha final de RAM: ___/___/___				
						Gravedad de la RAM(Marcar con X)				
						<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave				
						Solo para RAM grave (Marcar con X)				
						<input type="checkbox"/> Muerte. Fecha ___/___/___				
						<input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida del paciente				
						<input type="checkbox"/> Produjo o prolongó su hospitalización				
						<input type="checkbox"/> Produjo discapacidad/incapacidad				
						<input type="checkbox"/> Produjo anomalía congénita				
						Desenlace(Marcar con X)				
						<input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela				
						<input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/> Desconocido				
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (Incluir fechas):										
Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplo: Alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal/hepática, etc.)										
C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S) (En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio fabricante, número de registro sanitario y número de lote)										
Nombre comercial y genérico(*)	Laboratorio	Lote	Dosis/Frecuencia(*)	Vía de Adm. (*)	Fecha inicio(*)	Fecha final(*)	Motivo de prescripción o CIE 10			
Suspensión(Marcar con X)		Si	No	No aplica	Reexposición(Marcar con X)			Si	No	No aplica
(1)¿Desapareció la reacción adversa al suspender el medicamento u otro producto farmacéutico?					(1)¿Reapareció la reacción adversa al administrar nuevamente el medicamento u otro producto farmacéutico?					
(2)¿Desapareció la reacción adversa al disminuir la dosis?					(2)¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción adversa al medicamento u otro producto farmacéutico?					
El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:										
En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° Registro Sanitario: _____ Fecha de vencimiento ___/___/___.										
D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADO(S) EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES (excluir medicamento(s) u otro(s) producto(s) farmacéutico(s) para tratar la reacción adversa)										
Nombre comercial y genérico	Dosis/frecuencia	Vía de Adm.	Fecha inicio	Fecha final	Motivo de prescripción					
E. DATOS DEL NOTIFICADOR										
Nombres y apellidos(*):										
Teléfono o Correo electrónico(*):					Fecha de notificación ___/___/___					
Profesión(*):					N° Notificación:					

Los campos (*) son obligatorios

Correo electrónico: farmacovigilancia@digemid.minsa.gob.pe

EL PERU PRIMERO





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

1. Notifique aunque usted no tenga la certeza de que el medicamento u otro producto farmacéutico causó la reacción adversa. La sospecha de una asociación es razón suficiente para notificar.
2. Notifique todas las sospechas de reacciones adversas conocidas, desconocidas, leves, moderadas y graves relacionadas con el uso de Productos Farmacéuticos (medicamentos, medicamentos herbarios, productos dietéticos y edulcorantes, productos biológicos, productos galénicos).
3. No deje de notificar por desconocer una parte de la información solicitada.
4. En caso de embarazo, indicar el número de semanas de gestación al momento de la reacción adversa.
5. Utilice un formato por paciente.
6. En caso de no contar con el espacio suficiente para el registro de la información, utilice hojas adicionales.
7. **Las sospechas de reacciones adversas graves deben ser notificadas dentro de las veinticuatro (24) horas de conocido el caso, y si son leves o moderadas, en un plazo no mayor de setenta y dos (72) horas y deberán ser enviadas según el flujo de notificación de acuerdo a la Norma Técnica de Salud correspondiente.**

A. DATOS DEL PACIENTE

Nombres o iniciales: Registrar los nombres o iniciales del paciente.
Edad: Expresar en números e indicar si son días, meses o años. En caso de no contar con este dato se colocará el grupo etario. Cuando se trate de anomalías congénitas informar la edad y sexo del hijo en el momento de la detección y la edad de la madre.
Sexo: Marcar con una "X" la opción que corresponda.
Peso: Indicar el peso del paciente en Kg.
Historia Clínica y/o DNI: Si se conoce colocarlo.
Establecimiento: Indicar el nombre completo del establecimiento (hospital, centro de salud, puesto de salud, farmacia/botica u otra institución) donde se detecta la RAM.
Diagnóstico principal o CIE 10: Indicar la enfermedad de base del paciente (ejemplo: Cáncer, enfermedad de Alzheimer) o su respectivo código CIE 10 (clasificación internacional de enfermedades).

B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS

El formato también puede ser utilizado para notificar errores de medicación, problemas de calidad, u otros (uso fuera de indicación autorizada, uso del medicamento u otro producto farmacéutico durante el embarazo o lactancia, sobredosis o exposición ocupacional) si están asociadas a sospechas de reacciones adversas.
Reacción adversa: Describa detalladamente la(s) reacción(es) adversa(s) incluyendo localización e intensidad y toda la información clínica relevante (estado clínico previo a la reacción adversa, signos y/o síntomas reportados, diagnóstico diferencial) para la reacción adversa. Si se modifica la dosis, registrar la nueva dosis administrada. Indicar el desenlace de la(s) reacción(es) adversa(s) y en el caso de un desenlace mortal especificar la causa de la muerte.
Fecha de inicio de RAM: Indicar la fecha (día/mes/año) exacta en la cual inició la reacción adversa.
Fecha final de RAM: Indicar la fecha (día/mes/año) exacta en la cual desaparece la reacción adversa.
 En caso de existir más de una reacción adversa, escriba la fecha de inicio y final de cada una de ellas cuando describa la reacción adversa.
Gravedad de la RAM: Marcar con "X" la gravedad de la reacción adversa. La valoración de la gravedad se realiza a todo el caso notificado.
Solo para RAM grave: en el caso de una reacción adversa grave, marcar con una "X" la(s) opción(es) correspondiente(s).
Desenlace: Marcar con una "X" la opción que corresponda.
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluír fechas): Resultados de pruebas de laboratorio usadas en el diagnóstico de la reacción adversa y, si está disponible, las concentraciones séricas del medicamento u otro producto farmacéutico antes y después de la reacción adversa (si corresponde).
Otros datos importantes de la historia clínica: Indicar condiciones médicas previas de importancia así como patologías concomitantes (ejemplo: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, disfunción renal/hepática, etc.) u otras condiciones en el paciente (ejemplo: Alergias, embarazo: número de semanas de gestación, consumo de tabaco, alcohol, etc.)

C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S)

Nombre comercial y genérico: Registrar el nombre comercial y genérico (DCI) indicado en el rotulado del medicamento u otro producto farmacéutico administrado incluyendo la concentración y forma farmacéutica (ejemplo: Amoxicilina 500mg tableta). Si el medicamento u otro producto farmacéutico es genérico, no deje de mencionar el nombre del laboratorio fabricante.
Laboratorio: Colocar el nombre del laboratorio fabricante o del titular del registro sanitario.
Lote: Registrar las letras y/o números que indica el "lote" en el envase del producto.
Dosis/frecuencia: Indicar la dosis en cantidad y unidades de medida suministrada y los intervalos de administración del medicamento u otro producto farmacéutico (por ejemplo: 20 mg cada 12 horas).
Vía de administración: Describa la vía de administración del medicamento u otro producto farmacéutico (ejemplo: VO, IM, IV).
Fecha inicio y final: Indicar la fecha (día/mes/año) en que inició y finalizó o se suspendió el tratamiento con el medicamento u otro producto farmacéutico. En caso que el tratamiento continúe al momento de la notificación, colocar la palabra "Continúa".
Motivo de prescripción o CIE 10: Describa el motivo o indicación por el cual el medicamento u otro producto farmacéutico fue prescrito o usado en el paciente o su respectivo código CIE 10.

Para conocer el efecto de la suspensión y reexposición: Marcar con una "X" la opción que corresponda.
El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa: Indicar si la reacción adversa requirió tratamiento (farmacológico, quirúrgico, etc.) y de ser positivo, especificar el tratamiento.
En caso de sospecha de problemas de calidad: Completar la información solicitada.

En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio fabricante, número de registro sanitario y número de lote.

D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADOS EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES

Registrar el nombre comercial y genérico (DCI) de los medicamentos u otros productos farmacéuticos prescritos o automedicados utilizados en los 3 últimos meses antes de la aparición de la reacción adversa. Excluir los medicamentos u otros productos farmacéuticos usados para tratar la reacción adversa. En el caso de anomalías congénitas, indicar todos los medicamentos u otros productos farmacéuticos utilizados hasta un mes antes de la gestación. En caso de que el tratamiento continúe al momento de la notificación, colocar la palabra "Continúa".

E. DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombres y apellidos, profesión, teléfono, correo electrónico (de contacto de la persona): Su objetivo es para solicitar información adicional y/o para canalizar una respuesta del caso notificado si es necesario.
Fecha de notificación: Indicar la fecha (día/mes/año) en que se completó el formato.
N° notificación: Este casillero será para uso exclusivo del Centro de Referencia Regional o Institucional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.

Correo electrónico: farmacovigilancia@digemid.minsa.gob.pe





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

ANEXO TELEMEDICINA





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

ANEXO 09

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELECONSULTA

(Ley General de Salud N° 26842 y sus modificatorias)

Completar en LETRAS MAYÚSCULAS Y LEGIBLES

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Apellidos y Nombres:			
Con Documento de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería:		Edad:	Fecha:
N° de Historia Clínica:			

De ser el caso,

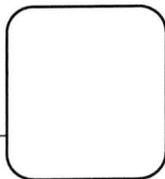
Apellidos y Nombres del Apoderado o Representante Legal:	
Con Documento de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería:	

Declaro haber sido informado/a por: (Nombres y Apellidos del profesional responsable de la atención o del personal técnico, técnico y auxiliar asistencial de la salud si no hay un profesional) _____, para realizar una Teleconsulta, pudiendo incluir una o varias sesiones entre el personal de salud o del personal técnico, técnico y auxiliar asistencial de la salud si no hay un profesional de esta IPRESS consultante _____, con la IPRESS consultora: _____, para que el Teleconsultante reciba recomendaciones del teleconsultor (Nombres y Apellidos del teleconsultor) _____ según el motivo de la Teleconsulta.

Asimismo, el Teleconsultante gestiona la referencia, como resultado de la recomendación que dio el teleconsultor. Se me ha informado sobre el objetivo, procedimiento, las ventajas, riesgos potenciales y beneficios de la provisión de servicio de Teleconsulta. He realizado las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas y con respuestas suficientes y aceptables; así como seré informado antes del inicio de la Teleconsulta de la identidad del personal que esté presente física o remotamente y daré mi permiso verbalmente para que pueda ingresar otro personal adicional de requerirse. La realización de la Teleconsulta será grabada por la IPRESS consultante y consultora que participen en la sesión de Teleconsulta.

Consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa legal vigente, doy mi consentimiento para que el acto médico o el acto de salud, según corresponda, se realicen, en mi presencia o incluso en mi ausencia.

Firma del Paciente o Apoderado o
Representante Legal



Firma del Personal de Salud profesional





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

ANEXOS DE CARTERAS DE SERVICIOS
ANEXO 10 CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD –
CIRCUITO COVID-19 DIRIS-L C, por RIS.





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD - CIRCUITO IRA COVID-19 DIRIS-LC

N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	RIS 1												
			C.S. MIRONES	C.S. CONDE DE LA VEGA	P.S. EL RESCATE	P.S. PALERMO	P.S. SANTA ROSA	C.S. MIRONES BAJO	C.S. UNIDAD VECINAL NRO 3	C.S. VILLA M. PERPETUO SOC.	C.S. SAN SEBASTIAN	C.S. JUAN PEREZ CARRANZA	P.S. JARDIN ROSA STA. MARIA	C.S. RAUL PATRUCO PUIG	
1	UPSS Consulta externa	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud: Triaje presencial Diferenciado COVID-19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	UPSS Consulta externa	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud: Triaje digital Diferenciado COVID-19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	UPSS Consulta externa	Teleconsulta por médico(a) cirujano	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	UPSS Consulta externa	Telemonitoreo por personal de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
N°	ACTIVIDAD	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD													
1	Limpieza, desinfección y esterilización	Limpieza, desinfección y esterilización	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Prueba rápida serológica y toma de muestra	Toma de muestra de prueba rápida serológica (inmunoglobulina) para COVID-19.	X	X	-	-	-	X	X	X	X	X	-	X	X
3	Atención con medicamentos	Expendio de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Visita domiciliaria por médico(a) general	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Visita domiciliaria por personal de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Intervenciones educativas y comunicacionales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Atención de Urgencias y Emergencias	Atención en ambiente de Observación IRA COVID-19	X	X	-	-	-	X	X	X	X	-	X	X	X

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD - CIRCUITO IRA COVID-19 DIRIS-LC.

N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	RIS 2					
			C.S. BREÑA	C.S. CHACRA COLORADA	C.S. M. MAGDALEN	C.S. SAN MIGUEL	P.S. HUACA PANDO	C.S. JESUS MARIA
1	UPSS Consulta externa	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud: Triaje presencial Diferenciado COVID-19	X	X	X	X	X	X
2	UPSS Consulta externa	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud: Triaje digital Diferenciado COVID-19	X	X	X	X	X	X
3	UPSS Consulta externa	Teleconsulta por médico(a) cirujano	X	X	X	X	X	X
4	UPSS Consulta externa	Telemonitoreo por personal de salud	X	X	X	X	X	X
N°	ACTIVIDAD	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD						
1	Limpieza, desinfección y esterilización	Limpieza, desinfección y esterilización	X	X	X	X	X	X
2	Prueba rápida serológica y toma de muestra	Toma de muestra de prueba rápida serológica (inmunoglobulina) para COVID-19.	-	-	-	X	-	X
3	Atención con medicamentos	Expendio de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	X	X	X	X	X	X
4	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Visita domiciliaria por médico(a) general	X	X	X	X	X	X
5	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Visita domiciliaria por personal de salud	X	X	X	X	X	X
6	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Intervenciones educativas y comunicacionales	X	X	X	X	X	X
7	Atención de Urgencias y Emergencias	Atención en ambiente de Observación IRA COVID-19	-	-	-	X	-	X





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMYGSV.01

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD - CIRCUITO IRA COVID-19 DIRIS-LC.

Nº	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	RIS 3					
			C.S.M.I. SURQUILLO	C.S. SAN ATANACIO	C.S. VILLA VICTORIA	C.S. LINCE	C.S. SAN ISIDRO	C.S. SANTA CRUZ
1	UPSS Consulta externa	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud: Triaje presencial Diferenciado COVID-19	X	X	X	X	X	X
2	UPSS Consulta externa	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud: Triaje digital Diferenciado COVID-19	X	X	X	X	X	X
3	UPSS Consulta externa	Teleconsulta por médico(a) cirujano	X	X	X	X	X	X
4	UPSS Consulta externa	Telemonitoreo por personal de salud	X	X	X	X	X	X
Nº	ACTIVIDAD	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD						
1	Limpieza, desinfección y esterilización	Limpieza, desinfección y esterilización	X	X	X	X	X	X
2	Prueba rápida serológica y toma de muestra	Toma de muestra de prueba rápida serológica (inmunoglobulina) para COVID-19.	-	-	-	X	X	X
3	Atención con medicamentos	Expendio de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	X	X	X	X	X	X
4	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Visita domiciliar por médico(a) general	X	X	X	X	X	X
5	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Visita domiciliar por personal de salud	X	X	X	X	X	X
6	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Intervenciones educativas y comunicacionales	X	X	X	X	X	X
7	Atención de Urgencias y Emergencias	Atención en ambiente de Observación IRA COVID-19	-	-	-	X	X	X

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD - CIRCUITO IRA COVID-19 DIRIS-LC

Nº	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	RIS 4							
			C.S.M.I. EL PORVENIR	C.S. MAX ARIAS SCHREBE	C.S. EL PINO	P.S. CLAS CERRO EL PINO	C.S. SAN COSME	C.S. SAN LUIS	P.S. SAN JUAN MASÍAS	C.S. TODOS LOS
1	UPSS Consulta externa	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud: Triaje presencial Diferenciado COVID-19	X	X	X	X	X	X	X	X
2	UPSS Consulta externa	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud: Triaje digital Diferenciado COVID-19	X	X	X	X	X	X	X	X
3	UPSS Consulta externa	Teleconsulta por médico(a) cirujano	X	X	X	X	X	X	X	X
4	UPSS Consulta externa	Telemonitoreo por personal de salud	X	X	X	X	X	X	X	X
Nº	ACTIVIDAD	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD								
1	Limpieza, desinfección y esterilización	Limpieza, desinfección y esterilización	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Prueba rápida serológica y toma de muestra	Toma de muestra de prueba rápida serológica (inmunoglobulina) para COVID-19	X	X	-	-	X	X	-	X
3	Atención con medicamentos	Expendio de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Visita domiciliar por médico(a) general	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Visita domiciliar por personal de salud	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Intervenciones educativas y comunicacionales	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Atención de Urgencias y Emergencias	Atención en ambiente de Observación IRA COVID-19	X	X	-	-	X	X	-	X



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD - CIRCUITO IRA COVID-19 DIRIS-LC

N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	RIS 5														
			C.S. SAN FERNANDO	C.S. SANTA ROSA DE LIMA	C.S. LA LIBERTAD	C.S. LA HUAYRONA	C.S. SANTA FE DE TOTORITA	P.S. 15 DE ENERO	C.S. CAJA DE AGUA	C.S. CHACARILLA DE OTERO	P.S. ASCARRUNZ ALTO	C.S. ZARATE	C.S. MANGO MARCA	C.S. CAMPOY	P.S. DANIEL ALCIDES CARRION		
1	UPSS Consulta externa	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud: Triaje presencial Diferenciado COVID-19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	UPSS Consulta externa	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud: Triaje digital Diferenciado COVID-19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	UPSS Consulta externa	Teleconsulta por médico(a) cirujano	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	UPSS Consulta externa	Telemonitoreo por personal de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
N°	ACTIVIDAD	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD															
1	Limpieza, desinfección y esterilización	Limpieza, desinfección y esterilización	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Prueba rápida serológica y toma de muestra	Toma de muestra de prueba rápida serológica (inmunoglobulina) para COVID-19	-	-	-	X	-	-	X	X	-	X	-	X	-	-	-
3	Atención con medicamentos	Expendio de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Visita domiciliar por médico(a) general	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Visita domiciliar por personal de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Intervenciones educativas y comunicacionales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Atención de Urgencias y Emergencias	Atención en ambiente de Observación IRA COVID-19	-	-	-	X	-	-	X	X	-	X	-	X	-	-	-

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD - CIRCUITO IRA COVID-19 DIRIS-LC

N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	RIS 6										
			P.S. SAGRAD	C.S. SAN HILARIO	C.S. GANIME	C.S. HUASCA	C.S. HUASCA	C.S. MEDALL	P.S. AYACUC	C.S. BAYOVA	P.S. PROYECT		
1	UPSS Consulta externa	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud: Triaje presencial Diferenciado COVID-19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	UPSS Consulta externa	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud: Triaje digital Diferenciado COVID-19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	UPSS Consulta externa	Teleconsulta por médico(a) cirujano	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	UPSS Consulta externa	Telemonitoreo por personal de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
N°	ACTIVIDAD	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD											
1	Limpieza, desinfección y esterilización	Limpieza, desinfección y esterilización	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Prueba rápida serológica y toma de muestra	Toma de muestra de prueba rápida serológica (inmunoglobulina) para COVID-19	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Atención con medicamentos	Expendio de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Visita domiciliar por médico(a) general	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Visita domiciliar por personal de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Intervenciones educativas y comunicacionales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Atención de Urgencias y Emergencias	Atención en ambiente de Observación IRA COVID-19	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Centro

Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD - CIRCUITO IRA COVID-19 DIRIS-LC

Nº	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	RIS 7											
			C.S. JAIME	C.S. SANTA	P.S. TUPAC	C.S. J. C. MARIATE	C.S. CRUZ DE	C.S. ENRIQUE	C.S. 10 DE	C.S. SU SANTIDA	P.S. J.C. MARIATE	P.S. MARISC	P.S. CESAR	
1	UPSS Consulta externa	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud: Triage presencial Diferenciado COVID-19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	UPSS Consulta externa	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud: Triage digital Diferenciado COVID-19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	UPSS Consulta externa	Teleconsulta por médico(a) cirujano	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	UPSS Consulta externa	Telemonitoreo por personal de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nº	ACTIVIDAD	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD												
1	Limpieza, desinfección y esterilización	Limpieza, desinfección y esterilización	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Prueba rápida serológica y toma de muestra	Toma de muestra de prueba rápida serológica (inmunoglobulina) para COVID-19.	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
3	Atención con medicamentos	Expendio de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Visita domiciliaria por médico(a) general	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Visita domiciliaria por personal de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Actividad de Salud Familiar y Comunitaria	Intervenciones educativas y comunicacionales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Atención de Urgencias y Emergencias	Atención en ambiente de Observación IRA COVID-19	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

ANEXO 11

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD - CIRCUITO NO COVID-19 DIRIS-L C, por RIS.





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
GUIA TECNICA	N°001	DIRIS L.C.	2020	UFAT-OIS - DEMyGSV.01

A.- CENTROS DE SALUD COMUNITARIOS

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD - C.S. MENTAL COMUNITARIO DIRIS-LC											
N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	DESCRIPCION	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DIRIS-LC.							
				C.S. SAN BORJA	C.S. HONORIO DELGADO	C.S. LA VICTORIA	C.S. SAN COSME	C.S. UNIVERSITARIO SAN	C.S. JAIME ZUBIETA	C.S. MARIATE GUI CHIAPPE	C.S. NUEVO PERU
1	UPSS Consulta externa	Consulta ambulatoria por medico especialista en Medicina	Control y seguimiento de pacientes con trastornos mentales	x	x	x	x	x	x	x	
2	UPSS Consulta externa	Consulta ambulatoria por Enfermero(a)	Control y seguimiento a pacientes para la continuidad de los cuidados	x	x	x	x	x	x	x	
3	UPSS Consulta externa	Consulta ambulatoria por Psicologo	Control y seguimiento a pacientes con trastornos mentales y grupos de riesgo	x	x	x	x	x	x	x	
4	UPSS Consulta externa	Telemonitoreo por profesional d	Monitoreo de usuarios con prblemas de salud mental y grupos de riesgo.	x	x	x	x	x	x	x	
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DIRIS-LC.											
ACTIVIDAD	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	DESCRIPCION	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DIRIS-LC.								
			C.S. SAN BORJA	C.S. HONORIO DELGADO	C.S. LA VICTORIA	C.S. SAN COSME	C.S. UNIVERSITARIO SAN MARCO	C.S. JAIME ZUBIETA	C.S. MARIATE GUI CHIAPPE	C.S. NUEVO PERU	
5	Limpieza, desinfección y esterilización	Limpieza, desinfección y esterilización	Limpieza, desinfección y esterilización de material medico, instrumental y equipo biomedico mediante medios físicos (calor seco o vapor húmedo) por técnica(o) de enfermería capacitado en área de desinfección y esterilización; y supervisado por la enfermera(o), en un ambiente específica	x	x	x	x	x	x	x	
6	Atención con medicamentos	Expendio de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	Expendio de medicamentos del Pettitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales, dispositivos médicos y productos sanitarios, entregado por técnico de farmacia o técnico de enfermería capacitado, en el ambiente para atención con medicamentos.	x	x	x	x	x	x	x	
7	ATENCION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	Atención de urgencias y emergencias por medico general	Atención de urgencias y emergencias por médico general entrenado para manejo inicial de pacientes con prioridades I y II; y manejo de pacientes con prioridad III en tópico de urgencias y emergencias.	x	x	x	x	x	x	x	
8	ATENCION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	Atención inicial de urgencias y emergencias por personal de la salud no medico	Evaluación y atención inicial de urgencias y emergencias, así como la atención de parto vaginal inminente por profesional de la salud no médico y técnico de enfermería capacitado en tópico de urgencias y emergencias de acuerdo a perfil profesional	x	x	x	x	x	x	x	
9	PRUEBAS RAPIDAS Y TOMA DE MUESTRA	Pruebas rápidas de laboratorio clínico y toma de muestras biológicas.	Pruebas rápidas de ayuda diagnóstica y recolección por personal de salud capacitado en el área de toma de muestras y traslado de muestras biológicas hacia el laboratorio de referencia correspondiente.	x	x	x	x	x	x	x	



B.- ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

En toda Consulta Externa de los diferentes servicios del eess se deberá realizar la Identificación de Sintomáticos Respiratorios y Febriles