MANUAL DEL SOFTWARE DE IAMI-AIEPI



OFICINA ASESORA DE PLANEACION

OFICINA ASESORA DE PLANEACION

MANUAL DEL SOFTWARE DE IAMI-AIEPI



Este manual es de propiedad exclusiva del INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, por lo cual no debe ser reproducido, distribuido, corregido o prestado, total o parcialmente por cualquier medio sin la previa autorización de la Dirección del IDSN, el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación o el Coordinador del Sistema de Gestión de la Calidad.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
RUTH JIMENA INSUASTY D.	GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS	OMAR CORDOBA SALAS
Contratista.	Profesional Especializado	Jefe de Planeación
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:	Fecha:
01-10-2013	01-10-2013	01-10-2013

MANUAL DE SISTEMA DE IAMI – AIEPI

- 1. Acceder a la pagina del Instituto Departamental de salud
- 2. En la url digitar <u>http://www.idsn.gov.co/</u>
- 3. En la sección Sistemas de Información
- 4. Seleccionar IAMI-AIEPI,



5. Usuario: Digitar el nombre de usuario asignado a su entidad Contraseña: Digitar la contraseña asignada a su entidad

	Usuario:
A	Contraseña:
	Aceptar Cancelar

6. Una vez que haya ingresado al sistema con su nombre de usuario y contraseña

Correcta, aparece la siguiente ventana en donde le permitirá ingresar la información en los diferentes formularios

Instituto Departamental de Salud de Nariño	<u>SISTEMA DE I</u>	<u>AMI - AIEPI</u>
Municipio: Consaca		🐼 Cerrar Sesión
C	ENTRO DE SALUD CONSACA EMPRESA SOCIAL DEL E	STADO
Comunitario Niños de 2 meses a 5 años Generar Reportes	Viños de 2 meses a 5 años	Viños menores de 2 meses
Instituto Departamental de Salud de Nariño.		

7. Ingresar la información a Comunitario Niños de 2 meses a 5 años

	CENTRO DE SALUD CONSACA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
	AIEPI COMUNITARIO REGISTRO NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS DATOS PERSONALES
Menor sin Menor	dentificación: * Primer Nombre: Segundo Nombre: * Primer Apellido: Segundo Apellido:
* Género: Día O Masculino O Femenino 01	sha Nacimiento Mes Año * Zona: * Barrio: V 01 V 2005 V Urbana V> V 4
* Régimen de Afiliación: CONTRIBUTIVO	* Etnia: * Discapacidad: > No
* Aseguradora:	
······································	_
	INFORME CLINICO
Inicial No puede bebe	r 🗆 Convulsiona 🗀 Somnoliento 🗹 No presenta signos de peligro de muerte
* Tos o dificultad para respirar: * No presenta 🖌 * Signos de desnutrición/Anémia: *	Diarrea: * Fiebre: * Problemas de oido: No presenta Peso adecuado a la edad: * Se enferma con frecuencia: * Problemas de alimentación:
Peso adecuado para la edad 😪 🛛	Kilogramos No hay enfermedades 🛛 No presenta problemas 🗸
* Esquema de vacunación: * Inadecuado V	Problemas de desarrollo: * Buen trato: No tiene problemas de desarrollo V No hay problemas
 [≠] Riesgo de accidente en el Hogar Riesgo de ahogamiento Riesgo de intoxicación Riesgo de quemadura Riesgo de trauma y herida ✓ No presenta riesgo de accidente 	* Problemas ambientales y de higiene Problemas de aseo personal Inadecuada convivencia con animales Manejo inadecuado de alimentos Riesgo de dengue y paludismo Problemas de aseo en la vivienda Riesgo de gripa y tos Manejo inadecuado de basuras Riesgo de parasitismo Presencia de insectos y ratas Consumo de agua potable Manejo inadecuado de excretas
* Problemas de salud de la madre: No presenta * Responsable Consulta:	* Presenta Otros problemas de salud: □ Inscrito al programa de desarrollo * Identificación Responsable: * Fecha de Consulta

- Menor sin Identificación: Active esta casilla si el menor no tiene identificación
- No de Identificación: Digite el nuemero de identificación del menor, si el niño no tiene identificación, se ingresa la identificación de la madre. Si el niño ya esta registrado, aparcera los datos basicos
- **Primer Nombre:** Digite el primer nombre del menor (campo obligatorio)
- Segundo Nombre: Digite el segundo nombre del menor
- Primer Apellido: Digite el primer apellido del menor (campo obligatorio)
- Segundo Apellido: Digite el segundo apellido del menor
- Genero: Active la casilla según sea el caso
- Fecha de nacimiento: seleccione el dia mes y año de nacimiento.
- Zona: seleccione la zona a la que pertenece el menor (Urbana o Rural):
- Barrio: Si en zona selecciono Urbana digite Barrio, si el barrio a ingresar no esta en la lista, ingreselo mediante el icono —, aparece la siguiente ventana

El código debe ser unico para el municipio (Buscar en DANE)

Código	Barrio:	
		~
×		

Digitar el código de barrio y el nombre, luego de click en el \checkmark para guardar el barrio para cancelar el proceso de cluick en el icono \Join

 Si en zona selecciono Rural digite la vereda, si la vereda a ingresar no esta en la lista, ingrese mediante el icono +, aparce la siguiente ventana El código debe ser unico para el municipio (Buscar en DANE)

Código	Vereda:	
		¥
~		

El codigo del bariio y de la vereda debe ser el codigo del departamento, segui do del codigo del municipio y por ultimo un consecutivo de tres digitos: ej 52885001

- **Regimen de afiliación :** Seleccionar el regimen de afiliación según sea el caso Contributivo, Subsidiado, vinculado, particular, Desplazado Contributivo, Desplazado Subsidiado, Desplazado vinculado,
- **Muncipio Desplazamiento:** Si el Regimen de afiliación es Desplazado Contributivo, Desplazado Subsidiado, Desplazado vinculado, se debe seleccionar el municipio desplazamiento.
- Etnia: Seleccionar la etnia a la que pertenece el paciente: Afrocolombiano, Indigenena, Mestizo, Rom-Gitano
- **Pueblo:** Si el paciente pertenece a etnia Indigenena, Rom-Gitano se debe seleccionar el pueblo.
- Aseguradora: Seleccionar la aseguradora a la que se encuentra afiliado el paciente, si el paciente pertenece a regimen vinculado y particular. Seleccione Ninguno.
- Visita: seleccionar la opción seguna sea el caso (Inicial o control).
- **Presenta signos de peligro de muerte:** seleccionar las opciones según sea el caso: no puede beber, convulsiona, Somnoliento,
- **Tos o dificultad para respirar:** Seleccionar una de las siguinetes opciones: no presenta, Neumonía, Gripa o tos.
- **Diarrea :** Seleccionar una de las siguienes opciones: no presenta, Persistente, Con deshidratación, Sin deshidratación, Con sangre.
- **Fiebre:** Seleccionar una de las siguientes opciones: no presenta, Fiebre, enfermedad febril muy grave
- **Problemas de oido:** Seleccionar una de las siguientes opciones: no hay infección de oido, Infección de oido.

- Signos de desnutrición /Anémia: seleccionar una de las siguientes opciones: peso adecuado para la edad, anemia, desnutrición, desnutrición grave.
- Peso adecuado para la edad: Digitar el peso del niño (unicamente numeros)
- Se enferma con frecuencia: seleccionar la opción según sea el caso: No hay enfermedades, Otras efermedades.
- **Problemas de alimentación:** Seleccionar una de las siguientes opciones: No presenta problemas, problemas de alimentación, problemas en la lactancia.
- Esquema de vacunación: seleccionar una opción ya sea Inadecuado o Adecuado
- **Problemas de desarrollo:** Seleccionar una de las siguientes opciones: no tiene problemas de desarrollo, Problemas de desarrollo.
- **Buen trato:** Seleccionar una de las siguientes opciones: no hay problemas, Problemas con el buen trato
- **Riesgo de accidente en el hogar:** seleccionar las opciones según sea el caso del paciente. riesgo de ahogamiento, riesgo de intoxicación, riesgo de quemadura, riesgo de trauma y herida, No presenta riesgo de accidente.
- Problemas de ambientales y de higuiene: seleccionar las opciones según sea el caso las opciones son las siguientes: problemas de aseo personal, manejo inadecuado de alimentos, Inadecuado convivencia con animales, Problemas de aseo en la vivienda, Riesgo de dengue y paludismo, Problemas de aseo en la vivienda, Riesgo de gripa y tos, Manejo inadecuado de basuras, Riesgo de parasitismo, Presencia de insectos y ratas, Consumo de agua potable, Manejo inadecuado de excretas, Condiciones. Ambientales y de higiene adecuados
- **Problemas de salud de la madre:** Seleccione una de las siguientes opciones: no presenta problemas, atención de seguimiento y referencia.
- Inscrito al programa de crecimiento y desarrollo: Seleccionar la opción según sea el caso.
- Presenta otros problemas de salud: Seleccione una opcion según sea el caso
- Remisión: Seleccionar la opción según sea el caso del paciente.
- Responsable consulta: Digite el nombre de la persona responsable
- Identificación responsable: Digite la identificación de la persona responsable de la consulta
- Fecha consulta: Seleccione la fecha de la consulta; mediante el icono

6. Ingresar la información a AIEPI CLÍNICO NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS

		ESE HOSPITAL CLARIT	TA SANTOS DE SADONA		
	AIEPI	CLINICO REGISTRO NIÍ	ÑOS DE 2 MESES A 5 AÑ	ios	
		DATOS PER	SUNALES		
Menor sin identificación	No. de Identificación: *	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	* Primer Apellido:	Segundo Apellido:
	Feebe Nezimiente				
Género:	Fecha Nacimiento Día Mes Δño) * Zona:	* Barrio:		
Masculino O Femenino	01 🖌 01 🖌 20	05 🖌 Urbana	·····	> 🖌 📥	
Régimen de Afiliación:	Municipio desp	plazamiento * Etnia	: * Pueb	lo al que pertenece:	
>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	> 👻		> 💙	
Aseguradora:					
>				*	
		INFORME	CLINICO		
Visita: Inicial 💌 🗌	SPG Enfermedad muy gra	ve			
Tos o dificultad para respira	El niño tiene	diarrea:	* El niño tiene fie	ebre:	
vo presenta tos/dif. para re	spirar 📉 🛛 INO presenta	Diarrea	No presenta F	iebre 🎽	
Problemas del oído	* Problemas d	e la garganta:	- Formulación		7
Vo tiene otitis media 💌	No tiene farir	ngoamigdalitis	Vitamina A	Sulfato ferroso	
		-	Albendasol	Otro	
					J
		IAI	MI		1
Variable de desarrollo		IAI	MI]
Variable de desarrollo * Maltrato:	* DTN/ANE:	IAI	MI * Desarrollo:		Scrito al programa CyD
Variable de desarrollo * Maltrato: No hay sospecha de malt	* DTN/ANE: ato 💌 No tiene anen	IAI nia ni desnutrición 💌	* Desarrollo:	In de desarrollo 💌 1	scrito al programa CyD
Variable de desarrollo * Maltrato: No hay sospecha de malt *Esquema adecuado para la	* DTN/ANE: ato V No tiene anen edad * Remisión a Va	IAI nia ni desnutrición ♥ Icunación:	* Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TO	de desarrollo V	scrito al programa CyD lo v sultados TCH
Variable de desarrollo * Maltrato: No hay sospecha de malt *Esquema adecuado para la Inadecuado V	* DTN/ANE: ato ♥ No tiene anen edad * Remisión a Va ○ Si ⊙ No	IAI nia ni desnutrición ▼ Iccunación:	* Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC ○ Si ⊙ No	de desarrollo 💽 1 H Re	scrito al programa CyD lo 🖌 sultados TCH egativo 🖌
Variable de desarrollo Maitrato: No hay sospecha de malt "Esquema adecuado para la Inadecuado V Otros problemas: 0000	* DTN/ANE: ato ♥ No tiene anen edad * Remisión a Va ○ Si ⊙ No	IAI nia ni desnutrición 💌 Icunación:	* Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC ○ Si ⊙ No	de desarrollo V [H Re N	scrito al programa CyD Jo v sultados TCH legativo v
• Variable de desarrollo • Maltrato: No hay sospecha de malt •Esquema adecuado para la Inadecuado V • Otros problemas: 0000	* DTN/ANE: ato ♥ No tiene anen edad * Remisión a Va ○ Si ⊙ No	IAI nia ni desnutrición ♥ Icunación:	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC ○ Si ⊙ No	ide desarrollo V [H Re V	scrito al programa CyD Vo V sultados TCH legativo V
Variable de desarrollo	* DTN/ANE: ato ♥ No tiene anen edad * Remisión a Va ○ Si ⊙ No	ia ni desnutrición ♥ icunación:	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC ○ Si ⊙ No	In de desarrollo V 1 H Re V	scrito al programa CyD lo v sultados TCH legativo v
Variable de desarrollo * Maltrato: No hay sospecha de malt *Esquema adecuado para la Inadecuado Y * Otros problemas: 0000 Variable de alimentación No recibe lactancia materna	* DTN/ANE: ato ♥ No tiene anen edad * Remisión a Va ○ Si ⊙ No na [] na []	IAI nia ni desnutrición ♥ Icunación: Recibio orientación Lactancia matema e	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC Si No en lactancia materna exclusiva hasta 6 mese	de desarrollo V [1 CH Re N	scrito al programa CyD lo v sultados TCH legativo v
Variable de desarrollo * Maltrato: No hay sospecha de malt *Esquema adecuado para la Inadecuado v * Otros problemas: 0000 Variable de alimentación — No recibe lactancia materna Inicia Lactancia materna mixta	* DTN/ANE: ato ♥ No tiene anen edad * Remisión a Va ○ Si ⊙ No na [en primera media hora [IAI nia ni desnutrición ♥ cunación: Recibio orientación Lactancia materna e Alimentación compl	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC Si No en lactancia materna exclusiva hasta 6 mese lementaria	de desarrollo V [1 H Re S	scrito al programa CyD lo 🖌 sultados TCH egativo 🖌
Variable de desarrollo * Maltrato: No hay sospecha de malt *Esquema adecuado para la Inadecuado * * Otros problemas: 0000 Variable de alimentación No recibe lactancia materna Inicia Lactancia materna mixta Alojamiento conjunto has	* DTN/ANE: ato ♥ No tiene anen edad * Remisión a Va ○ Si ● No en primera media hora [a 6 meses [IAI nia ni desnutrición 💌 cunación: Recibio orientación Lactancia materna e Alimentación compl Posición correcta de	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC Si No en lactancia materna exclusiva hasta 6 mese lementaria el lactante	In the desarrollo V I H Re S	scrito al programa CyD lo v sultados TCH egativo v
Variable de desarrollo Maltrato: No hay sospecha de malt Esquema adecuado para la Inadecuado Otros problemas: 0000 Variable de alimentación No recibe lactancia materna Lactancia materna mixta Alojamiento conjunto has Posición correcta de la m	* DTN/ANE: ato ♥ No tiene anen edad * Remisión a Va ○ Si ⊙ No na [en primera media hora] a 6 meses [adre	IAI nia ni desnutrición ♥ ncunación: Recibio orientación Lactancia materna e Alimentación correcta de	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC ○ Si ⊙ No en lactancia materna exclusiva hasta 6 mese lementaria el lactante	i de desarrollo V [H Re S	scrito al programa CyD Jo v sultados TCH legativo v
Variable de desarrollo Maltrato: No hay sospecha de malt Sequema adecuado para la Inadecuado Otors problemas: O000 Variable de alimentación No recibe lactancia materna Inicia Lactancia materna mixta Alojamiento conjunto has Posición correcta de la m	* DTN/ANE: ato ♥ No tiene anen edad * Remisión a Va ○ Si ● No na [] a 6 meses [] a 6 meses [] a de urgancia: _ Lugar do	IAI nia ni desnutrición ♥ icunación: Recibio orientación Lactancia materna e Alimentación compl Posición correcta de ramielán:	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC ○ Si ⊙ No en lactancia materna exclusiva hasta 6 mese lementaria el lactante	In the desarrollo V I	scrito al programa CyD Vo v sultados TCH legativo v
Variable de desarrollo Maltrato: No hay sospecha de malt Esquema adecuado para la Inadecuado Otros problemas: O000 Variable de alimentación No recibe lactancia materia Lactancia materna mixta Alojamiento conjunto has Posición correcta de la m *Remisión Si ⊙ No Si ⊙ No Si ⊙ No	* DTN/ANE: ato ▼ No tiene anen edad * Remisión a Va ○ Si ⊙ No ana [a 6 meses [adre] de urgencia: Lugar de o No remi	IAI nia ni desnutrición ♥ icunación: Recibio orientación Lactancia materna e Alimentación compl Posición correcta de remisión: sión	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC Si No en lactancia materna exclusiva hasta 6 mese lementaria el lactante	In the desarrollo v to the	scrito al programa CyD lo v sultados TCH legativo v
Variable de desarrollo Maltrato: No hay sospecha de malt *Esquema adecuado para la Inadecuado *Otros problemas: 0000 Variable de alimentación No recibe lactancia materna Lactancia materna mixta Alojamiento conjunto has Posición correcta de la m *Remision	* DTN/ANE: No tiene anen edad * Remisión a Va Si ⊙ No en primera media hora a 6 meses adre de urgencia: Lugar de No remi	IAI	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC Si No en lactancia materna exclusiva hasta 6 mese lementaria el lactante	In the desarrollo v to the	scrito al programa CyD lo v sultados TCH legativo v
Variable de desarrollo * Maltrato: No hay sospecha de malt *Esquema adecuado para la Inadecuado ♥ * Otros problemas: 0000 Variable de alimentación — No recibe lactancia materna Inicia Lactancia materna mixta Alojamiento conjunto has Posición correcta de la m *Remision * Remisión ○ Si ⊙ No ○ Si ⊙ N * Responsable Consulta:	* DTN/ANE: ato ▼ No tiene anen edad * Remisión a Va ○ Si ● No na [] a 6 meses [] a 6 meses [] adre [] de urgencia: Lugar de o [] No remi * Identific	IAI	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC Si Si No en lactancia materna exclusiva hasta 6 mese lementaria el lactante * Fecha da	de desarrollo V I H Re s	scrito al programa CyD lo v sultados TCH legativo v
Variable de desarrollo * Maltrato: No hay sospecha de malt *Esquema adecuado para la Inadecuado ♥ * Otros problemas: 0000 Variable de alimentación — No recibe lactancia materna Inicia Lactancia materna mixta Alojamiento conjunto has Posición correcta de la m *Remision * Remisión ○ Si ⊙ No ○ Si ⊙ N * Responsable Consulta:	* DTN/ANE: ato ♥ No tiene anen edad * Remisión a Va ○ Si ● No ana [a 6 meses [adre de urgencia: Lugar de p No remi * Identific	IAI	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC Si Si No en lactancia materna exclusiva hasta 6 mese lementaria el lactante * Fecha de * Fecha de	e Consulta:	scrito al programa CyD Vo v sultados TCH egativo v
Variable de desarrollo * Maltrato: No hay sospecha de malt *Esquema adecuado para la Inadecuado ♥ * Otros problemas: 0000 Variable de alimentación — No recibe lactancia materna Inicia Lactancia materna mixta Alojamiento conjunto has Posición correcta de la m *Remision * Remisión O Si O No O Si O N * Responsable Consulta:	* DTN/ANE: ato Provide a DTN/ANE: No tiene anen * Remisión a Va Si No No na a 6 meses adre de urgencia: Lugar de No remi * Identific	IAI	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC Si ONO en lactancia materna exclusiva hasta 6 mese lementaria el lactante * Fecha de * Fecha de	a Consulta:	scrito al programa CyD Jo v sultados TCH legativo v
Variable de desarrollo — * Maltrato: No hay sospecha de malt *Esquema adecuado para la Inadecuado ♥ * Otros problemas: 0000 Variable de alimentación — No recibe lactancia materna Inicia Lactancia materna mixta Alojamiento conjunto has Posición correcta de la m *Remision * Remisión Si ⊙ No ○ Si ⊙ N * Responsable Consulta:	* DTN/ANE: ato ♥ No tiene anen edad * Remisión a Va ○ Si ● No a 6 meses adre de urgencia: Lugar de > No remi * Identific	IAI nia ni desnutrición ♥ icunación: Recibio orientación Lactancia materna e Alimentación correcta de remisión: sión cación Responsable:	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC Si No en lactancia materna exclusiva hasta 6 mese lementaria el lactante * Fecha de * Fecha de	e Consulta:	scrito al programa CyD Vo v sultados TCH legativo v
Variable de desarrollo — * Maltrato: No hay sospecha de malt *Esquema adecuado para la Inadecuado ♥ * Otros problemas: 0000 Variable de alimentación — No recibe lactancia materla Inicia Lactancia materna mixta Alojamiento conjunto has Posición correcta de la m *Remisión * Remisión © Si © No © Si © N * Responsable Consulta:	* DTN/ANE: No tiene anen edad * Remisión a Va Si • No a 6 meses a 6 meses adre de urgencia: Lugar de No remi * Identific	IAI nia ni desnutrición ♥ icunación: Recibio orientación Lactancia materna e Alimentación compl Posición correcta de remisión: sión cación Responsable: Aceptar	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC Si No en lactancia materna exclusiva hasta 6 mese lementaria el lactante * Fecha de Cancelar	e Consulta:	scrito al programa CyD vo v sultados TCH legativo v
Variable de desarrollo — * Maltrato: No hay sospecha de malt *Esquema adecuado para la Inadecuado ♥ * Otros problemas: 0000 Variable de alimentación — No recibe lactancia materia Inicia Lactancia materna mixta Lactancia materna mixta Alojamiento conjunto has Posición correcta de la m *Remision * Remisión Si ⊙ No ○ Si ⊙ N * Responsable Consulta:	* DTN/ANE: No tiene anen edad * Remisión a Va Si • No a 6 meses adre de urgencia: Lugar de * Identific * Identific	IAI	MI * Desarrollo: No tiene problemas * Se tomo muestra TC Si No en lactancia materna exclusiva hasta 6 mese lementaria el lactante * Fecha de Cancelar	e Consulta:	scrito al programa CyD vo v sultados TCH legativo v

AIEPI CLINICO REGISTRO NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS DATOS PERSONALES
Menor sin identificación: * No. de Identificación: * Primer Nombre: * Primer Apellido: Segundo Apellido: * Género: Día Mes Año * Zona: * Barrio: • Masculino • Fecha Nacimiento • Urbana • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
INFORME CLINICO
* Visita: Inicial 💟 🗆 SPG Enfermedad muy grave
* Tos o dificultad para respirar: No presenta tos/df. para respirar No presenta Diarrea: No presenta Fiebre No pres
No tiene enfermedad bucal
Variable de desarrollo * Maltrato: * Maltrato: No hay sospecha de maltrato No tiene Anemia * Desarrollo: Desarrollo Normal * Esquema adecuado para la edad No presenta No presenta No
Variable de alimentación No recibe lactancia materna Inicia Lactancia materna en primera media hora Lactancia materna en primera media hora Alimentación complementaria Posición correcta del lactante *Remision * Remisión de urgencia: Lugar de remisión: No remisión * Responsable Consulta: * Identificación Responsable: * Fecha de Consulta:
Aceptar Cancelar

- Las opciones de **DATOS PERSONALES**, se debe diliginciar de la misma forma del formulario Comunitario Niños de 2 meses a 5 años explicado en el punto 5
- Visita: seleccionar la opción según sea el caso: Iniciol, Control.
- Enfermedad muy grave: Activar la casilla si el paciente presenta signos de peligro de muerte.
- **Tos o dificultad para respirar:** Seleccionar una de las siguientes opciones: no presenta tos/dif. para respirar, Obstrucción via aerea superior, Neumonía grave, Neumonía , Tos o resfriado, Sibilancia, Sibilancia recurrente
- **Diarrea** : Seleccionar una de las siguientes opciones: no presenta Diarrea, deshidratación grave, algun grado de deshidratación, no tiene deshidratación, diarrea persistente grave, diarrea persistente, disenteria.

- Fiebre: Seleccionar una de las siguientes opciones: no presenta Fiebre, enfermedad febril muy grave, sospecha bacteremia, enfermedad febril, sospecha malaria complicada, sospecha malaria no complicada, sospecha dengue hemorrágico, sospecha dengue clasico, sospecha de sarampión.
- **Problemas de oido:** Seleccionar una de las siguientes opciones: no tiene otitis media, mastoiditis, otitis media aguda
- **Problemas de la garganta:** Seleccionar una de las siguientes opciones: no tiene faringoamigdalitis, faringoamigdalitis viral, faringoamigdalitis estreptococcica
- **Formulación:** seleccionar las opciones según sea el caso del paciente: vitamina A, Sulfato ferroso, albendasol, otro
- **Signos de desnutrición /Anémia:** seleccionar una de las siguinetes opciones: peso adecuado para la edad, anemia, desnutrición, desnutrición grave.
- **Maltrato:** Se debe seleccionar una de las siguientes opciones: no hay sospecha de maltrato, sospecha de maltrato, compatible con maltrato físico, abuso sexual, falla en crianza, maltrato psicológico.
- **DTN/ANE:** seleccionar la opción según sea el caso: no tiene anemia ni desnutrición, Anemia y/o desnutrición, anemia y/o desnutrición grave.
- **Desarrollo:** Seleccionar una de las siguientes opciones: no tiene problemas de desarrollo, problemas de desarrollo, Falta de estimulación de desarrollo.
- Inscrito al programa de crecimiento y desarrollo: Seleccionar la opción según sea el caso.
- Esquema de vacunación: seleccionar una opción: Inadecuado, Adecuado
- Remisión a vacunación: Activar la opción según sea el caso
- Se tomo muestra TCH: Activar la opción según sea el caso
- Resultado TCH: seleccionar según sea el caso, positivo o Negativo
- Otros problemas: seleccionar el diagnostico, si el diagnostico no estaen la lista

adicionarlo mediante el icono: 🐨 Aparece la siguiente ventana:

Código	Problema:]
	✓ X	

El código debe ser unico según el CIE 10

Digitar el código del diagnostico y el nombre, luego de click en el \checkmark para guardar el diagnostico

Para cancelar el proceso de cluick en el icono 🔀

 Variable de alimentación: Seleccionar las opciones según sea el caso del paciente: No recibe lactancia materna, Recibió orientación en lactancia materna, Inicia lactancia materna en primera media hora, Lactancia materna exclusiva hasta 6 meses, Lactancia materna exclusiva hasta 6 meses, Lactancia materna mixta, Alimentación complementaria, Alojamiento conjunto hasta 6 meses, Posición correcta del lactante, Posición correcta de la madre

- Remisión: seleccionar la casilla correspondiente según sea el caso del paciente
- Remisión Urgencia: seleccionar la casilla correspondiente según sea el caso del paciente
- Lugar de remisión: seleccionar una opcion seguna sea el caso del paciente: no remisión, dentro de la institución, a otro nivel de mayor complejidad
- Responsable consulta: Digite el nombre de la persona responsable
- Identificación responsable: Digite la identificación de la persona responsable de la consulta
- Fecha consulta: Seleccione la fecha de la consulta; mediante el icono

7. Ingresar la información a AIEPI CLÍNICO NIÑOS MENORES DE 2 MESES

o: Sandoná			🐼 Cerrar S
	ESE HOSPITAL CLARITA	SANTOS DE SADONA	
	AIEPI CLINICO REGISTRO NIÑO	OS MENORES DE 2 MESES	
	DATOS PERS	SONALES	
* No. do Identii	Feeeián, * Drimer Nembra, (Sagunda Nambras * Di	rimer Apellider
Menor sin identificación		segundo Nombre. Pi	Timer Apellido. Segundo Apellido.
Fecha Nac	imiento		
* Género: Día M	les Año * Zona:	* Barrio:	
○ Masculino ○ Femenino 01 💌 0	01 ⊻ 2010 👻 Urbana	×>	✓ +
* Régimen de Afiliación: Mu	nicipio desplazamiento * Etnia:	* Pueblo al qu	ue pertenece:
> 🖌	> 🔽>		> 🗸
* Aseguradora:			
>			~
	INFORME C	LINICO	
- Variable de desarrollo			
* Visita	* Enfermedad:	* El niño tiene diarrea:	* Evalue la alimentación
Inicial 💌	No tiene enfermedad grave 💌	No presenta diarrea 💌	No tiene problema de alimentación 💌
* Problemas de desarrollo	Inscrito al programa CyD	* Esquema de vacunación	* Remisión a Vacunación:
No tiene problemas de desarrollo 🛛 👻	No 💌	Inadecuado ⊻	○ Si ⊙ No
* Se tomo muestra TCH	Resultados TCH		
○ Si ⊙ No	Negativo 🚩		
* Otros problemas:			
0000			<u>⊻</u> ¶=
- Variable de alimentación			1
No recibe lactancia materna	Recibio orientació	n en lactancia materna	
Inicia Lactancia materna en primera me Lactancia materna mixta	edia hora 📋 Lactancia matern	a exclusiva hasta 6 meses del lectente	
Lactancia materna mixta Dosición correcta de la madre	Posicion correcta	dellactante	
]
*Remision * Remisión de urgencia:	Lugar de remisión:		
◯ Si ⊙ No	No remisión	~	
t Deeneneekle Consulta	t Identificación Desmanado	* Factor de C	
* Responsable Consulta:	 identificación Responsable: 	* Fecha de Cons	
		Composition	
	Aceptar	Cancelar	

- Las opciones de **DATOS PERSONALES**, se debe diliginciar de la misma forma del formulario Comunitario Niños de 2 meses a 5 años explicado en el punto 5
- Visita: seleccionar la opción según sea el caso: Iniciol, Control.
- **Enfermedad:** Seleccionar una de las siguientes opciones: no tiene enfermedad grave, enfermedad muy grave, infección local
- El niño tiene diarrea : Seleccionar una opción: no presenta diarrea, no deshidratación, deshidratación, diarrea con sangre, diarrea prolongada.
- **Evalue la alimentación:** Seleccionar una opción: no tiene problema de alimentación, problemas de alimentación, problema severo de alimentación, obesidad, bajo peso.
- **Problemas de desarrollo:** Seleccionar una de las siguientes opciones: no tiene problemas de desarrollo, riesgo de problemas de desarrollo.
- Inscrito al programa de crecimiento y desarrollo: Seleccionar la opción según sea el caso.
- Esquema de vacunación: seleccionar una opción: Inadecuado, Adecuado
- Remisión a vacunación: Activar la opción según sea el caso
- Se tomo muestra TCH: Activar la opción según sea el caso
- Resultado TCH: seleccionar según sea el caso, positivo o Negativo
- Otros problemas: seleccionar el diagnostico, si el diagnostico no estaen la lista

adicionarlo mediante el icono: 🐨 Aparece la siguiente ventana:

Código	Problema:

El código debe ser unico según el CIE 10

Digitar el código del diagnostico y el nombre, luego de click en el ^{VV} para guardar el diagnostico

Para cancelar el proceso de cluick en el icono X

- Variable de alimentación: Seleccionar las opciones según sea el caso del paciente: No recibe lactancia materna, Recibió orientación en lactancia materna, Inicia Lactancia materna en primera media hora, Lactancia materna exclusiva hasta 6 meses, Lactancia materna exclusiva hasta 6 meses, Lactancia materna mixta, Alimentación complementaria, Alojamiento conjunto hasta 6 meses, Posición correcta del lactante, Posición correcta de la madre
- **Remisión:** seleccionar la casilla correspondiente según sea el caso del paciente
- Remisión Urgencia: seleccionar la casilla correspondiente según sea el caso del paciente
- Lugar de remisión: seleccionar una opcion seguna sea el caso del paciente: no remisión, dentro de la institución, a otro nivel de mayor complejidad
- Responsable consulta: Digite el nombre de la persona responsable
- Identificación responsable: Digite la identificación de la persona responsable de la consulta

- Fecha consulta: Seleccione la fecha de la consulta; mediante el icono
- **8. GENERAR REPORTES:** al dar click sobre la opción de generar reportes aparece la siguiente ventana

SISTEMA DE IAMI - AIE	PI
Municipio: Sandoná	🔀 Cerrar Sesión
ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SADONA	
Tipo de Reporte: Comunitario por Municipio V Fecha Inicial: Fecha Final:	
Instituto Departamental de Salud de Nariño.	

Los reportes se pueden generar con las siguientes variables:

- Comunitario por municipio
- Comunitario por Entidad
- Comunitario por aseguradora
- Clínico No 1 por municipio
- Clínico No 1 por Entidad
- Clínico No 1 por aseguradora
- Clínico No 2 por municipio
- Clínico No 2 por Entidad
- Clínico No 2 por aseguradora
- Pacientes Comunitario : los pacientes que asistieron por aiepi comunitario en el rango de fechas seleccionado
- Pacientes Clínico No 1: los pacientes que asistieron por aiepi clínico niños de 2 meses a 5 años; en el rango de fechas seleccionado
- Pacientes Clínico No 2: los pacientes que asistieron por aiepi clínico niños menores de 2 meses; en el rango de fechas seleccionado
- Consultas Paciente: Se debe digitar la identificación del paciente a consultar, y aparecerán todas las consultas que el paciente ha tenido durante ese rango de fechas
- Clínico No 1 Código CIE10: las primeras diez causas, que consultaron por aiepi clínico niños de 2 meses a 5 años.
- Clínico No 2 Código CIE10: las primeras diez causas, que consultaron en aiepi clínico niños de 2 meses a 5 años.

Clínico No. 1 = AIEPI clínico niños de 2 meses a 5 años Clínico No. 2 = AIEPI clínico niños menores de 2 meses Para la generación del reporte se debe seleccionar el tipo de reporte, el rango de fechas (fecha inicial y fecha final), y dar click en el botón ACEPTAR, si se genera de forma correcta el reporte aparece un link con el nombre del reporte, esperar hasta que abra Microsoft Excel, si se requiere se puede guardar el reporte en la ubicación y nombre que se desee.

Instituto Departamental de Salud de Nariño	<u>SISTEMA DE IAMI - AIEPI</u>	
Municipio: Sandoná		😵 Cerrar Sesión
ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SADONA		
Tipo de Reporte: Comunitario por Entidad V Fecha Inicial: Fecha Final: 30/04/2010 3 comunitario_06042010-091745AM.xls Aceptar Regresar		