

MANUAL DEL SOFTWARE DE IAMI-AIEPI



OFICINA ASESORA DE PLANEACION

OFICINA ASESORA DE PLANEACION

MANUAL DEL SOFTWARE DE IAMI-AIEPI

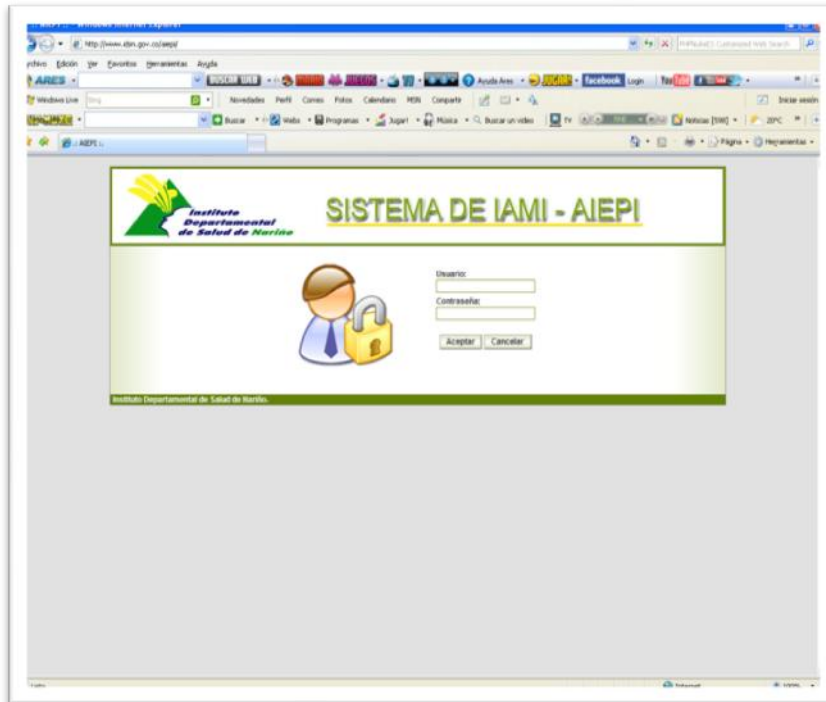


Este manual es de propiedad exclusiva del INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, por lo cual no debe ser reproducido, distribuido, corregido o prestado, total o parcialmente por cualquier medio sin la previa autorización de la Dirección del IDSN, el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación o el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

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

MANUAL DE SISTEMA DE IAMI – AIEPI

1. Acceder a la pagina del Instituto Departamental de salud
2. En la url digitar <http://www.idsn.gov.co/>
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



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

SISTEMA DE IAMI - AIEPI

Municipio: Consaca Cerrar Sesión

CENTRO DE SALUD CONSACA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

-  **Comunitario**
Niños de 2 meses a 5 años
-  **Clinico**
Niños de 2 meses a 5 años
-  **Clinico**
Niños menores de 2 meses

 **Generar Reportes**

 **Modificar TSH**

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 identificación

* No. de Identificación: * Primer Nombre: Segundo Nombre: * Primer Apellido: Segundo Apellido:

Fecha Nacimiento
 * Género: Masculino Femenino
 Día: Mes: Año: * Zona: * Barrio: 

* Régimen de Afiliación: * Etnia: * Discapacidad:

* Aseguradora:

INFORME CLINICO

* Visita: * Presenta signos de peligro de muerte: No puede beber Convulsiona Somnoliento No presenta signos de peligro de muerte

* Tos o dificultad para respirar: * Diarrea: * Fiebre: * Problemas de oído:

* Signos de desnutrición/Anémia: * Peso adecuado a la edad: Kilogramos * Se enferma con frecuencia: * Problemas de alimentación:

* Esquema de vacunación: * Problemas de desarrollo: * Buen trato:

* 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

Manejo inadecuado de alimentos

Problemas de aseo en la vivienda

Manejo inadecuado de basuras

Presencia de insectos y ratas

Manejo inadecuado de excretas

Inadecuada convivencia con animales

Riesgo de dengue y paludismo

Riesgo de gripa y tos

Riesgo de parasitismo


Consumo de agua potable

Cond. Amb. y de higiene adecuados


* Problemas de salud de la madre: * Presenta Otros problemas de salud:



Remisión: Inscrito al programa de desarrollo


* Responsable Consulta: * Identificación Responsable: * Fecha de Consulta:

- **Menor sin Identificación:** Active esta casilla si el menor no tiene identificación
- **No de Identificación:** Digite el numero de identificación del menor, si el niño no tiene identificación, se ingresa la identificación de la madre. Si el niño ya esta registrado, aparecerá 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:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	


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

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

Código	Vereda:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	

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,
- **Municipio 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 oído:** Seleccionar una de las siguientes opciones: no hay infección de oído, Infección de oído.

- **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 higiene:** 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

Municipio: Sardoná Cerrar Sesión

ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SADONA

AIEPI CLINICO REGISTRO NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS
DATOS PERSONALES

Menor sin identificación * No. de Identificación: * Primer Nombre: Segundo Nombre: * Primer Apellido: Segundo Apellido:

* Género: Masculino Femenino Fecha Nacimiento: Día: Mes: Año: * Zona: * Barrio: +

* Régimen de Afiliación: Municipio desplazamiento: * Etnia: * Pueblo al que pertenece:

* Aseguradora:

INFORME CLINICO

* Visita: SPG Enfermedad muy grave

* Tos o dificultad para respirar: * El niño tiene diarrea: * El niño tiene fiebre:

* Problemas del oído: * Problemas de la garganta:

Formulación: Vitamina A Sulfato ferroso
 Albendasol Otro

IAMI

Variable de desarrollo:

* Maltrato: * DTN/ANE: * Desarrollo: Inscrito al programa CyD:

* Esquema adecuado para la edad: * Remisión a Vacunación: Si No * Se tomo muestra TCH: Si No Resultados TCH:

* Otros problemas: +

Variable de alimentación:

No recibe lactancia materna Recibo orientación en lactancia materna
 Inicia Lactancia materna en primera media hora 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

* Remision: Si No * Remisión de urgencia: Si No Lugar de remisión:

* Responsable Consulta: * Identificación Responsable: * Fecha de Consulta:

Instituto Departamental de Salud de Nariño.

AIEPI CLINICO REGISTRO NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS
DATOS PERSONALES

Menor sin identificación * No. de Identificación: * Primer Nombre: Segundo Nombre: * Primer Apellido: Segundo Apellido:

* Género: Masculino Femenino Fecha Nacimiento: Día: Mes: Año: * Zona: * Barrio: +

* Régimen de Afiliación: * Etnia: * Pueblo al que pertenece: * Discapacidad:

* Aseguradora:

INFORME CLINICO

* Visita: SPG Enfermedad muy grave

* Tos o dificultad para respirar: * El niño tiene diarrea: * El niño tiene fiebre:

* Problemas del oído: * Problemas de la garganta:

* Formulación: Vitamina A Sulfato ferroso Zinc
 Albendazol Otro

* Problemas de salud Bucal:

IAMI

Variable de desarrollo

* Maltrato: * Anemia: * Desarrollo: * Crecimiento:

* Esquema adecuado para la edad: Inscrito al programa CyD: * Remisión a Vacunación: Si No * Se tomo muestra TSH:

Resultados TSH: * Otros problemas:

Variable de alimentación


No recibe lactancia materna Alojamiento conjunto hasta 6 meses Recibo orientación en lactancia materna
 Inicia Lactancia materna en primera media hora Lactancia materna exclusiva hasta 6 meses Lactancia materna mixta
 Alimentación complementaria Posición correcta del lactante Posición correcta de la madre


* Remisión: Si No * Remisión de urgencia: Si No Lugar de remisión:

* Responsable Consulta: * Identificación Responsable: * Fecha de Consulta:


Aceptar Cancelar


- Las opciones de **DATOS PERSONALES**, se debe diligenciar 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: Inicial , 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 vía aérea superior, Neumonía grave, Neumonía , Tos o resfriado, Sibilancia, Sibilancia recurrente
- **Diarrea** : Seleccionar una de las siguientes opciones: no presenta Diarrea, deshidratación grave, algún grado de deshidratación, no tiene deshidratación, diarrea persistente grave, diarrea persistente, disentería.

- **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 oído:** 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 siguientes 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 esta en la lista adicionarlo mediante el icono:  Aparece la siguiente ventana:


Código	Problema:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

El código debe ser unico según el CIE 10

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

Para cancelar el proceso de click 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 opción según 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**


Municipio: Sandoná Cerrar Sesión

ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SADONA

AIEPI CLINICO REGISTRO NIÑOS MENORES DE 2 MESES
DATOS PERSONALES

Menor sin identificación

* No. de Identificación: * Primer Nombre: Segundo Nombre: * Primer Apellido: Segundo Apellido:

Fecha Nacimiento
 * Género: Masculino Femenino
 Día: Mes: Año:
 * Zona: * Barrio: 

* Régimen de Afiliación: Municipio desplazamiento: * Etnia: * Pueblo al que pertenece:

* Aseguradora:

INFORME CLINICO


Variable de desarrollo

* Visita:

* Enfermedad: * El niño tiene diarrea: * Evalúe la alimentación:

* Problemas de desarrollo: Inscrito al programa CyD: * Esquema de vacunación: * Remisión a Vacunación: Si No


* Se tomó muestra TCH: Si No Resultados TCH:

* Otros problemas: 


Variable de alimentación

No recibe lactancia materna Recibo orientación en lactancia materna
 Inicia Lactancia materna en primera media hora Lactancia materna exclusiva hasta 6 meses
 Lactancia materna mixta Posición correcta del lactante
 Posición correcta de la madre

* Remisión: Si No * Remisión de urgencia: Si No Lugar de remisión:


* Responsable Consulta: * Identificación Responsable: * Fecha de Consulta: 


Instituto Departamental de Salud de Nariño.

- Las opciones de **DATOS PERSONALES**, se debe diligenciar 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: Inicial , 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.
- **Evalúe 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 toma muestra TCH:** Activar la opción según sea el caso
- **Resultado TCH:** seleccionar según sea el caso, positivo o Negativo
- **Otros problemas:** seleccionar el diagnóstico, si el diagnóstico no está en la lista agregarlo mediante el icono:  Aparece la siguiente ventana:


Código	Problema:
<input type="text"/>	<input type="text"/>  


El código debe ser único según el CIE 10

Digitar el código del diagnóstico y el nombre, luego de click en el  para guardar el diagnóstico

Para cancelar el proceso de click 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 opción según 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



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.

 **SISTEMA DE IAMI - AIEPI**

Municipio: Sandoná Cerrar Sesión

ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SADONA

Tipo de Reporte: Fecha Inicial: Fecha Final:

 [comunitario_06042010-091745AM.xls](#)

Instituto Departamental de Salud de Nariño.