

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR PLANILLA

- ✓ Los campos que dicen **NO** completar dejar el espacio, los mismos serán completados por el programa.
- ✓ Los **campos obligatorios** deberán ser completados sin excepción, no pueden faltar.
- ✓ Los ítems del 1 al 18 serán completados con una **X** donde corresponda.
- ✓ Sellos de CAPS y/o Municipal: **campos obligatorios no olvidar**

**DIRECCIÓN DE JURISDICCIÓN DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE ECNT
RELEVAMIENTO Y CERTIFICACIÓN PROGRAMA FESP2 (ASP ENT 005)
en los CENTROS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA**

NOMBRE DEL CAPS: CAMPO OBLIGATORIO

LOCALIDAD: CAMPO OBLIGATORIO

DEPARTAMENTO: CAMPO OBLIGATORIO

DOMICILIO O DATOS P/GEOREFERENCIAMIENTO: CAMPO OBLIGATORIO

N° CODIGO REMEDIAR: SI TIENE

N° CODIGO SIISA: SI TIENE

EL CAPS POSEE (MARCAR CON UNA "X")		SI	NO	OBSERVACIONES
1	TENSÍOMETRO			
2	BALANZA PARA ADULTOS			
3	ALTÍMETRO			
4	CINTA MÉTRICA			
5	GUIA DE BOLSILLO DE RCVG			
6	FOLLETERIA Y MATERIAL DE EDUCACIÓN P/PAC. CON DBT O FRCV			
7	GUÍAS RÁPIDAS DE MANEJO DE PACIENTES DIABETICOS			
8	MONOFILAMENTO PARA EVALUACIÓN DE PIE DIABÉTICO			
9	HOJA DE MONITOREO DE PACIENTES CON RCV			
10	REGISTRO DE PACIENTES CRÓNICOS NOMINALIZADOS			

EL CAPS UTILIZA (MARCAR CON UNA "X")		SI	NO	OBSERVACIONES
11	HISTORIA CLINICA (HCOP)			
12	RECORDATORIOS (Afiches con tablas para estratificación de RCV, libreta de autocuidados)			

EL CAPS OFRECE (MARCAR CON UNA "X")		SI	NO	OBSERVACIONES
13	SISTEMA DE TURNOS PROGRAMADOS EN PNA			
14	SISTEMAS DE TURNOS PROTEGIDOS EN EL 2 NA			
15	CHARLAS O TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD			
16	TALLERES PARA EL AUTOCUIDADO DE ENFERMOS CRÓNICOS			
17	SEGUIMIENTO PROACTIVO DE PACIENTES CON DBT o FRCV (Citación activa)			

EL CAPS IMPLEMENTA (MARCAR CON UNA "X")		SI	NO	OBSERVACIONES
18	SISTEMA DE REFERENCIA -CONTRARREFERENCIA (Formulario de referencia-contrarreferencia o sistema similar)			

RESULTADOS NO COMPLETAR ESTE CAMPO			NO COMPLETAR ESTE CAMPO
% DE POSITIVOS NO COMPLETAR ESTE CAMPO			

NOMBRE DEL REFERENTE DEL CAPS: CAMPO OBLIGATORIO

DNI CAMPO OBLIGATORIO

FECHA CAMPO OBLIGATORIO

FIRMA Y SELLO CAMPO OBLIGATORIO NO OLVIDAR

TELEFONO Y E-MAIL DE REFERENTE Y/O CAPS

NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZÓ RELEVAMIENTO NO COMPLETAR ESTE CAMPO

SELLO DE CAPS Y/O MUNICIPAL: CAMPO OBLIGATORIO NO OLVIDAR

**DIRECCIÓN DE JURISDICCIÓN DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE ECNT
RELEVAMIENTO Y CERTIFICACIÓN PROGRAMA FESP2 (ASP ENT 005)**

en los **CENTROS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA**

NOMBRE DEL CAPS:

LOCALIDAD

DEPARTAMENTO

DOMICILIO O DATOS P/GEOREFERENCIAMIENTO

N° CODIGO REMEDIAR

N° CODIGO SIISA

EL CAPS POSEE		SI	NO	OBSERVACIONES
1	TENSIÓMETRO			
2	BALANZA PARA ADULTOS			
3	ALTÍMETRO			
4	CINTA MÉTRICA			
5	GUIA DE BOLSILLO DE RCVG			
6	FOLLETERIA Y MATERIAL DE EDUCACIÓN P/PAC. CON DBT O FRCV			
7	GUÍAS RÁPIDAS DE MANEJO DE PACIENTES DIABETICOS			
8	MONOFILAMENTO PARA EVALUACIÓN DE PIE DIABÉTICO			
9	HOJA DE MONITOREO DE PACIENTES CON RCV			
10	REGISTRO DE PACIENTES CRÓNICOS NOMINALIZADOS			

EL CAPS UTILIZA		SI	NO	OBSERVACIONES
11	HISTORIA CLINICA (HCOP)			
12	RECORDATORIOS (Afiches con tablas para estratificación de RCV, libreta de autocuidados)			

EL CAPS OFRECE		SI	NO	OBSERVACIONES
13	SISTEMA DE TURNOS PROGRAMADOS EN PNA			
14	SISTEMAS DE TURNOS PROTEGIDOS EN EL 2 NA			
15	CHARLAS O TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD			
16	TALLERES PARA EL AUTOCUIDADO DE ENFERMOS CRÓNICOS			
17	SEGUIMIENTO PROACTIVO DE PACIENTES CON DBT o FRCV (Citación activa)			

EL CAPS IMPLEMENTA		SI	NO	OBSERVACIONES
18	SISTEMA DE REFERENCIA -CONTRARREFERENCIA (Formulario de referencia-contrarreferencia o sistema similar)			

RESULTADOS		
% DE POSITIVOS		

NOMBRE DEL REFERENTE DEL CAPS QUE RESPONDE:

DNI **FECHA**

FIRMA Y SELLO **TELEFONO Y E-MAIL DE REFERENTE Y/O CAPS**

NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZÓ RELEVAMIENTO

SELLO DE CAPS Y/O MUNICIPAL: