

Especificación Planilla Nominalizada

Meta2

Tabla de contenido

1. Control de Cambios.....	2
2. Introducción	2
2.1 Propósito	2
3. Descripción general.....	2
3.1 Tratamiento de hipertensión	2
3.2 Reperfusiones	3
3.3 Cáncer I-PAP	3
3.4 Cáncer II-PAP	4
3.5 Cáncer III-Fecatet	4
3.6 Cáncer VI-Fecatet	5
3.7 Diabetes	5
3.8 VIH-SIDA	6
3.9 VIH-SIDA II	6
3.10 Consumo de Tabaco I	7
3.11 Consumo de Tabaco II	7
3.12 Embarazo Adolescente I	8
3.13 Embarazo Adolescente II	8
3.14 Epoc	8
3.15 Humanización del Parto-Cesárea	9
3.16 Tras. Vertical Sífilis y VIH	9
3.17 Suicidios	10
3.18 VBG I	10
3.19 VBG II	11
3.20 Prematurez	11
3.21 Anemia.....	11

1. Control de Cambios

Registro de control de cambios en el documento.

Número Revisión	Descripción	Autor	Fecha
001	Versión inicial	Área Gobierno Electrónico	18/03/2018
002	Revisión 1	Área Gobierno Electrónico	11/09/2018
003	Revisión 2	Área Gobierno Electrónico	26/03/2019

2. Introducción

2.1. Propósito

El propósito de este documento es identificar los valores de entrada que debería aceptar la planilla nominalizada en cada columna para un correcto ingreso al sistema.

3. Descripción general

En este apartado se encontrará información relativa a las hojas que contiene la planilla nominalizada de Meta2 y los valores de entrada de datos que acepta cada columna.

Para el caso de todas las hojas, ante el caso de usuarios extranjeros, completar con el número de documento del mismo y aclarar en observaciones.

3.1. Tratamiento de hipertensión

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliado	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Sexo	F / M	No vacío.
G	Fecha de nacimiento del afiliado	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
H	Usuarios que retiran medicación antihipertensiva desde octubre 2016 (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
I	Usuarios hipertensos identificado por otro tipo de registro. (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
J	Fecha de realización de examen de orina	Date	Formato (dd/mm/yyyy). Acepta vacío.
K	Fecha de realización de examen	Date	Formato (dd/mm/yyyy).

	de creatinina		Acepta vacío.
L	Intervino en muestra para auditoria de HC. (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
M	Cumple con la guía clínica de HTA. (SI/NO)	SI / NO / NO CORRESPONDE	Acepta vacío.
N	Observación	Texto	Acepta vacío.

3.2. Reperfusiones

Para los códigos 4 (criterio de exclusión), especificar en observaciones dicho criterio.

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliado con IAM con ST elevado en el semestre	Texto	No vacío. Acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Sexo	F / M	No vacío
G	Fecha de nacimiento del afiliado	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
H	Reperusión	Numérico	Valores entre 1 y 7. No vacío.
I	Financiamiento de reperusión por fuera de FNR (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
J	Intervino en muestra para auditoria de HC. (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
K	Observación	Texto	Acepta vacío.

3.3. Cancer I-PAP

En caso de que la usuaria se haya realizado más de un PAP en el semestre, considerar el primer PAP del semestre.

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliada	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Fecha de nacimiento del afiliada	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
G	PAP vigente (21-64 años) (SI)	SI	Acepta vacío.
H	Se informó a CHLCC (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.

3.4. Cancer II-PAP

En caso de usuarias con más de un PAP patológico en el semestre, registrar el primero del semestre. Mismo criterio para casos con más de una biopsia CIN2 positiva en el semestre.

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliada con PAP patológico	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Fecha de nacimiento de la afiliada	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
G	Casos del semestre anterior (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
H	Fecha de resultado de PAP patológico (todas las edades) (Formato fecha corta)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). Acepta vacío.
I	Se informó resultado de PAP a CHLCC (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
J	Fecha de realización de colposcopia (Formato fecha corta)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). Acepta vacío y los textos "RECHAZO", "NO CONCURRE 2DA CITA" y "NO REALIZADO"
K	Se informó resultado de Colposcopia a CHLCC (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
L	Fecha de resultado de la biopsia CIN 2 positiva (Formato fecha corta)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). Acepta vacío.
M	Se informó resultado de anatomía patológica a CHLCC (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
N	Fecha de inicio de tratamiento (Formato fecha corta)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). Acepta vacío y los textos "RECHAZO", "NO CONCURRE 2DA CITA" y "NO REALIZADO"
O	Se informó tratamiento a CHLCC (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
P	Observaciones	Texto	Acepta vacío.

3.5. Cancer III-Fecatest

En caso de usuarios con más de un fecatest en el semestre, considerar el primero del semestre. Se toma en cuenta a la población de 60 a 70 años inclusive.

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliado	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.

D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Sexo	F / M	No vacío.
G	Fecha de nacimiento del afiliado	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
H	Fecatest vigente (50-70 años) (SI)	SI	Acepta vacío.

3.6. Cancer VI-Fecatest

En caso de usuarios con más de un fecatest positivo en el semestre, registrar el primero del semestre.

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliado con resultado de Fecates positivo en el semestre	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Sexo	F / M	No vacío.
G	Fecha de nacimiento del afiliado	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
H	Casos del semestre anterior (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
I	Fecha de resultado de Fecatest positivo (todas las edades) (Formato fecha corta)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). Acepta vacío.
J	Fecha de realización de FCC. (Formato fecha corta)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). Acepta vacío y los textos "RECHAZO", "NO CONCORRE 2DA CITA" y "NO REALIZADO"
K	Se informó a CHLCC (SI/NO)	SI / NO	No acepta vacío.
L	Observaciones	Texto	Acepta vacío.

3.7. Diabetes

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliado	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Sexo	F / M	No vacío.
G	Fecha de nacimiento del afiliado	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
H	Usuario con diabetes (25 a 64 años) que retiran medicación desde octubre 2016 (SI)	SI / NO	Acepta vacío.

I	Usuarios diabético identificado por otro tipo de registro. (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
J	Usuario con diabetes (25 a 64 años) con examen de laboratorio vigente (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
K	Resultado de hemoglobina glicosilada	Decimal	Entre 4 y 15.
L	Observación	Texto	Acepta vacío.

3.8. VIH-SIDA

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliado	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Sexo	F / M	No vacío.
G	Fecha de nacimiento del afiliado	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
H	Test rápido en el semestre (15 a 49 años) (fecha)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). Acepta vacío.
I	Serología para VIH en el semestre (15 a 49 años) (fecha)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). Acepta vacío

3.9. VIH-SIDA II

En caso de no tener fecha exacta de confirmatorio (columna F), poner fecha del primer día del año que se estima fue el confirmatorio y aclarar en observaciones.

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliado	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Sexo	F / M	No vacío.
E	Fecha de nacimiento del afiliado	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
F	Casos confirmados de VIH(+) desde 1/01/2010 al último día del semestre	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No acepta vacío.
G	Casos de VIH (+) confirmado; con TARV en el semestre (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
H	Fecha de recuento de CD4 y carga viral (con confirmatorio positivo en el semestre anterior al que se informa, todas las edades)(Formato fecha corta)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). Acepta vacío.

I	Observación	Texto	Acepta vacío.
---	-------------	-------	---------------

3.10. Consumo de tabaco I

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliado	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Sexo	F / M	No vacío.
G	Fecha de nacimiento (Formato fecha corta)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
H	Usuarios que retiraron bupropionixín y/o resinato de nicotina en el semestre (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
I	Bupropionixín y/o resinato de nicotina financiado por el FNR (SI/NO/NO CORRESPONDE)	SI / NO / NO CORRESPONDE	Acepta vacío.
J	Concurrencia a policlínica de cesación de tabaquismo en el semestre (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.

3.11. Consumo de tabaco II

En caso de que un mismo usuario haya solicitado más de una cita, registrar cada solicitud.

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliado	Texto	No vacío. Acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Sexo	F / M	No vacío.
G	Fecha de nacimiento (Formato fecha corta)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
H	Fecha de solicitud de cita para Policlínica de cesación de tabaco (Formato fecha corta)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). Acepta vacío.
I	Fecha de primera cita disponible de Policlínica de cesación de tabaco (Formato fecha corta)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). Acepta vacío.
J	Observaciones	Texto	Acepta vacío.

3.12. Embarazo Adolescente I

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliado	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Fecha de nacimiento del afiliado	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
G	Fecha de parto	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
H	Plan de anticoncepción indicado en historia clínica (fecha)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). Acepta vacío.

3.13. Embarazo Adolescente II

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliado	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Fecha de nacimiento del afiliado	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
G	Retiro de ACO en el semestre, o bajo cobertura de implante o inyectable, o con DIU (15 a 19 años) (SI)	SI	Acepta vacío.

3.14. Epoc

En caso de usuarios con más de una espirometría o funcional respiratorio en el semestre, informar el primero realizado en el semestre.

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliado	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Sexo	F / M	No vacío.
G	Fecha de nacimiento del afiliado (35 a 64 años)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
H	Fecha de realización de	Date	Formato (dd/mm/yyyy).

	espirometría patológica. Realizadas desde 1° marzo de 2016 (Formato fecha corta)		Acepta vacío.
I	Realización de funcional respiratorio en usuarios con espirometría previa patológica. Realizado desde octubre de 2016 (SI/ NO)	SI / NO	Acepta vacío.
J	Fecha de realización de funcional respiratorio. (Formato Fecha corta)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). Acepta vacío.
K	Observaciones	Texto	Acepta vacío.

3.15. Humanización del parto-cesárea

El profesional que atendió el parto (columna G), deberá ser identificado a través de su CI o número de caja profesional. Ante dudas de las mismas puede consultar a:

<https://apps.msp.gub.uy/ProfesionalesConsulta/servlet/hprofesionalesconsulta>

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliadas con parto/cesárea en semestre anterior	Texto	No vacío. Acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Parto o Cesárea (Parto/Cesárea)	PARTO / CESAREA	No vacío.
G	Profesional que atendió el nacimiento	Texto	Cedula/Nro Caja Profesional
H	HC usada en la auditoria (SI/NO/ NO CORRESPONDE)	SI / NO / NO CORRESPONDE	Acepta vacío.
I	Observaciones	Texto	Acepta vacío.

3.16. Tras. Vertical Sifilis y VIH

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliadas con parto/cesárea en el semestre con prueba de sífilis/vih positivo	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Fecha de nacimiento del afiliado	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.

G	Prueba de sífilis positiva (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
H	Prueba VIH positiva (SI/ NO)	SI / NO	Acepta vacío.
I	Tratamiento de sífilis según pauta (SI/NO/NO CORRESPONDE)	SI / NO / NO CORRESPONDE	Acepta vacío.
J	Tratamiento de VIH según pauta (SI/NO/NO CORRESPONDE)	SI / NO / NO CORRESPONDE	Acepta vacío.
K	Observaciones	Texto	Acepta vacío.

3.17. Suicidios

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliados que presentaron IAE en el semestre (Todas las edades)	Texto	No vacío. Acepta documentos repetidos.
D	Fecha de episodio de IAE (Formato fecha corta)	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
E	Nº historia clínica	Texto	
F	Localización de la HC	Texto	
G	Sexo	F / M	No vacío.
H	Fecha de nacimiento del afiliado	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
I	Se uso HC para auditoria interna (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
J	Se aplicó Protocolo de atención al IAE (SI/NO/, NO CORRESPONDE)	SI / NO / NO CORRESPONDE	Acepta vacío.
K	Internación en el semestre (menores de 15 años) (SI/NO/NO CORRESPONDE)	SI / NO / NO CORRESPONDE	Acepta vacío.
L	Observación	Texto	Acepta vacío.

3.18. VBGG I

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliada de 15 y más años en situación de VD	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Fecha de nacimiento del afiliada	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
G	Caso detectado de VD (SI)	SI	Acepta vacío.
L	Observación	Texto	Acepta vacío.

3.19. VBGG II

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliada	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Fecha de nacimiento del afiliada	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
G	Caso de VD o VS con alto riesgo vital derivadas a los equipo de referencia (ERVDVS) en el semestre (VD/VS)	VD / VS / VD/VS	No acepta vacío.
H	Caso de VD o VS con alto riesgo vital que consulta al equipo de referencia (ERVDVS) en el semestre (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
I	Observación	Texto	Acepta vacío.

3.20. Prematurez

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.
C	CI afiliado RN prematuro severo	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	CI de la madre	Texto	No vacío.
E	Nº historia clínica	Texto	
F	Localización de la HC	Texto	
G	Sexo	F / M	No vacío.
H	Fecha de nacimiento del afiliado	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
I	HC auditada	SI / NO	Acepta vacío.
J	Traslado en el semestre (materno/RN/No corresponde)	MATERNO / RN / NO CORRESPONDE	Acepta vacío.
K	HC auditada de casos con traslado (SI/ NO/ NO CORRESPONDE)	SI / NO / NO CORRESPONDE	Acepta vacío.
L	Observación	Texto	Acepta vacío.

3.21. Anemia

A	Institución	Texto	Se debe notificar la institución
B	Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa.

C	CI afiliado menores de 2 años	Texto	No vacío. No acepta documentos repetidos.
D	Nº historia clínica	Texto	
E	Localización de la HC	Texto	
F	Sexo	F / M	No vacío.
G	Fecha de nacimiento del afiliado	Date	Formato (dd/mm/yyyy). No vacío.
H	Retiro de hierro polimatosado en el semestre (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío.
I	Observación	Texto	Acepta vacío.