

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD *				Razón social de la unidad primaria generadora del dato *								
5	2	0	0	1	0	1	0	1	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO			
Departamento		Municipio		Código		Sub-Índice						
1.2 Nombre del evento *						Código del evento		1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *				
ACCIDENTE OFÍDICO						1 0 0						

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *						2.2 Número de identificación *					
<input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> MS <input type="radio"/> AS <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CD <input type="radio"/> SC <input type="radio"/> DE <input type="radio"/> PT											
<small>*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CD : CARNÉ DIPLOMÁTICO SC : SALVOCONDUCTO DE : DOCUMENTO EXTRANJERO PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL</small>											
2.3 Nombres y apellidos del paciente *								2.4 Teléfono *			
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)				2.6 Edad *		2.7 Unidad de medida de la edad *			2.8 Nacionalidad *		
						<input type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 3. Días <input type="radio"/> 5. Minutos <input type="radio"/> 2. Meses <input type="radio"/> 4. Horas <input type="radio"/> 0. No aplica			Código		
2.9 Sexo *			2.10 Identidad de género			2.11 Orientación sexual					
<input type="radio"/> M. Hombre <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Mujer			<input type="radio"/> 1. Hombre <input type="radio"/> 3. Hombre trans <input type="radio"/> 5. Otra <input type="radio"/> 2. Mujer <input type="radio"/> 4. Mujer trans Cuál otra?			<input type="radio"/> 1. Heterosexual <input type="radio"/> 3. Bisexual Cuál otra? <input type="radio"/> 2. Gay/Lesbiana <input type="radio"/> 4. Otra					
2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *				2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *				2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *			
COLOMBIA				1 7 0				<input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado			
2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso		2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso		2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso		2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia					
NO APLICA		Código				Código					
2.19 Ocupación del paciente *				2.20 Tipo de régimen en salud *				2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *			
Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior				<input type="radio"/> P. Excepción <input type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> N. No Asegurado <input type="radio"/> E. Especial <input type="radio"/> S. Subsidiado <input type="radio"/> I. Indeterminado/ pendiente				Código			
2.22 Pertenencia étnica *								2.23 Estrato			
<input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 2. Rom, Gitano <input type="radio"/> 3. Raizal <input type="radio"/> 4. Palenquero <input type="radio"/> 5. Negro, mulato afro colombiano <input type="radio"/> 6. Otro											
2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *											
<input type="checkbox"/> Personas en condición de discapacidad <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Población infantil a cargo del ICBF <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Víctimas de violencia armada <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Personas privadas de la libertad <input type="checkbox"/> Habitantes de la calle <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales											

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente				3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *							
<input checked="" type="radio"/> 1. Notificación rutinaria <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa com. <input type="radio"/> 2. Búsqueda activa Inst. <input type="radio"/> 5. Investigaciones <input type="radio"/> 3. Vigilancia Intensificada				País Departamento Municipio							
3.3 Dirección de residencia *											
3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)			3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)			3.6 Clasificación inicial de caso *			3.7 Hospitalizado *		
						<input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 2. Probable <input checked="" type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 5. Conf. nexa epidemiológico			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)			3.9 Condición final *		3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)			3.11 Número certificado de defunción			
			<input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde								
3.12 Causa básica de muerte				3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *				3.14 Teléfono del profesional *			
								7333400 Ext:408			

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso						4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)					
<input type="radio"/> 0. No aplica <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 6. Descartado <input type="radio"/> D. Descartado por error de digitación <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 5. Conf. nexa epidemiológico <input type="radio"/> 7. Otra actualización											

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 100. Accidente ofídico

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
-------------------------------------	---------------	------------------------

5.1 Fecha del accidente (dd/mm/aaaa)	5.2 Dirección del lugar donde ocurrió el accidente
--------------------------------------	--

5.3 Actividad que realizaba al momento del accidente

01. Recreación 03. Oficios domésticos 06. Actividad acuática 07. Otro ¿Cuál otro? _____
 02. Actividad agrícola 05. Recolección de desechos 08. Caminar por senderos abiertos o trocha

5.4 Tipo de atención inicial

1. Incisión 3. Sangría 5. Inmovilización del enfermo 7. Otro ¿Cuál otro? _____
 2. Punción 4. Torniquete 6. Inmovilización del miembro 9. Succión mecánica

5.5 ¿La persona fue sometida a prácticas no médicas?

1. Pócimas 3. Emplastos de hierbas 5. Otro ¿Cuál otro? _____
 2. Rezos 4. Ninguno 6. Succión bucal

5.6 Localización de la mordedura

1. Cabeza (cara) 2. Miembros superiores 3. Miembros inferiores 4. Tórax anterior 7. Cuello 10. Glúteos 12. Dedos de mano
 5. Abdomen 6. Espalda 9. Genitales 11. Dedos de pie y de mano

5.7 ¿Hay evidencia de huellas de colmillos?	5.8 ¿La persona vio la serpiente que la mordió?	5.9 ¿Se capturó la serpiente?
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No

5.10 Agente agresor, identificación género

1. Bothrops 2. Crotalus 3. Micrurus 4. Lachesis 7. Pelamis (serpiente de mar) 8. Colubrido 9. Sin identificar
 6. Otro ¿Cuál? _____

5.11 Agente agresor, nombre común

1. Mapaná 5. Rabo de chucha 9. Veintricuatro 13. Coral 15. Otro ¿Cuál otro? _____
 2. Equis 6. Verrugosa o rieca 10. Jergón 14. Boca dorada
 3. Cuatro narices 7. Vibora de pestaña 11. Jararacá 16. Patoco/patoquilla
 4. Cabeza de candado 8. Rabo de ají 12. Cascabel 17. Desconocido

6. CUADRO CLÍNICO

6.1 Manifestaciones locales (marque con una X las que se presenten)

Edema Dolor Eritema Flictenas Parestesias/hipoestesias Equimosis Hematomas
 Otro 6.1.1 ¿Cuál otro? _____

6.2 Manifestaciones sistémicas (marque con una X las que se presenten)

Náusea Vómito Sialorrea Diarrea Bradicardia
 Hipotensión Dolor abdominal Fascies neurotóxica Alteraciones de la visión Alteración sensorial
 Debilidad muscular Oliguria Cianosis Epistaxis Gingivorragia
 Hematemesis Hematuria Hematoquexia Vértigo Ptosis palpebral
 Dificultad para hablar Disfagia Otro ¿Cuál otro? _____

6.3 Complicaciones locales (marque con una X las que se presenten)

Celulitis Absceso Necrosis Mionecrosis Fasciitis Alteraciones en la circulación/perfusión
 Síndrome compartimental Otro ¿Cuál otro? _____

6.4 Complicaciones sistémicas

Anemia aguda severa Shock hipovolémico Shock séptico IRA Hemorragia intracraneana Otro ¿Cuál otro? _____
 Edema cerebral Falla ventilatoria Coma CID

6.5 Gravedad del accidente

1. Leve 2. Moderado 3. Grave 4. No envenenamiento

7. ATENCIÓN HOSPITALARIA

A. Tratamiento específico (suero antiofídico)

7.1 ¿Empleó Suero?	7.2 Tiempo transcurrido	7.3 Tipo de suero antiofídico
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Registre el número de días u horas transcurridas entre la mordedura y la administración del suero	<input type="checkbox"/> 1 Antiviperido (Bothrops, Lachesis, Crotálys) <input type="checkbox"/> 2 Anti-elapidídico (Micrurus sp: coral verdadera)

7.4 Fabricante	7.4.1 ¿Cuál?	7.4.2 Lote
<input type="radio"/> 1. Probiol <input type="radio"/> 3. INS (Instituto Nacional de salud) <input type="radio"/> 2. Bioclon <input type="radio"/> 4. Otro	_____	_____

7.5 Reacciones a la aplicación del suero	7.6 Dosis de suero (ampollas)	7.7 Tiempo de administración de suero
<input type="radio"/> 1. Ninguna <input type="radio"/> 3. Generalizada <input type="radio"/> 2. Localizada	Registre el número de ampollas suministradas al paciente en el espacio señalado	Registre el número de horas o minutos que demoró la administración de suero antiofídico

7.8 ¿Remitido a otra institución?	B. Otros tratamientos médicos	7.9 Tratamiento quirúrgico	7.10 Tipo de tratamiento quirúrgico
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Drenaje de absceso <input type="radio"/> 4. Fasciotomía <input type="radio"/> 2. Limpieza quirúrgica <input type="radio"/> 5. Injerto de piel <input type="radio"/> 3. Desbridamiento <input type="radio"/> 6. Amputación