



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

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

**Cod INS 356. Intento de suicidio**

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. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO**

<b>5.1 Fecha de Ocurrencia (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>5.2 Intentos previos</b> <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<b>5.3 Número de intentos</b> <input type="radio"/> 1. Una vez <input type="radio"/> 4. Mas de tres veces <input type="radio"/> 2. Dos veces <input type="radio"/> 99. Sin dato <input type="radio"/> 3. Tres veces	<b>5.4 Estado civil</b> <input type="radio"/> 1. Soltero(a) <input type="radio"/> 2. Casado(a) <input type="radio"/> 3. Unión libre <input type="radio"/> 4. Viudo(a) <input type="radio"/> 5. Divorciado(a)
<b>5.5 Escolaridad</b> <input type="radio"/> 1. Preescolar <input type="radio"/> 5. Media técnica <input type="radio"/> 9. Profesional <input type="radio"/> 12. Doctorado <input type="radio"/> 2. Básica primaria <input type="radio"/> 7. Técnica profesional <input type="radio"/> 10. Especialización <input type="radio"/> 13. Ninguno <input type="radio"/> 3. Básica secundaria <input type="radio"/> 8. Tecnológica o técnica <input type="radio"/> 11. Maestría <input type="radio"/> 14. Sin información			

**6. FACTORES DESENCADENANTES**

<input type="checkbox"/> Conflictos con pareja o expareja	<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante	<input type="checkbox"/> Problemas económicos	<input type="checkbox"/> Muerte de un familiar	<input type="checkbox"/> Escolar / educativa
<input type="checkbox"/> Problemas jurídicos	<input type="checkbox"/> Suicidio de un familiar o amigo	<input type="checkbox"/> Maltrato físico / psicológico / sexual	<input type="checkbox"/> Problemas laborales	<input type="checkbox"/> Problemas familiares

**7. FACTORES DE RIESGO**

<input type="checkbox"/> Consumo de SPA	<input type="checkbox"/> Antecedentes Familiares de conducta suicida	<input type="checkbox"/> Ideación suicida persistente	<input type="checkbox"/> Plan organizado de suicidio
<input type="checkbox"/> Antecedentes trastorno psiquiátrico	Las siguientes opciones se activaran si hay antecedentes de trastorno psiquiátrico <input type="checkbox"/> Trastorno depresivo <input type="checkbox"/> Trastornos de personalidad <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar <input type="checkbox"/> Esquizofrenia		<input type="checkbox"/> Antecedentes de violencia o abuso <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol

**8. MECANISMO**

**8.1 Seleccione por lo menos uno de los siguientes mecanismos**

<input type="checkbox"/> Ahorcamiento o asfixia	<input type="checkbox"/> Elemento Cortopunzante	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego	<input type="checkbox"/> Inmolación
<input type="checkbox"/> Lanzamiento al vacio	<input type="checkbox"/> Lanzamiento a vehículo	<input type="checkbox"/> Lanzamiento a cuerpo de agua	

<b>8.1.1 En caso de intoxicación, seleccione el tipo de sustancia</b> <input type="radio"/> 1. Medicamentos <input type="radio"/> 5. Solventes <input type="radio"/> 2. Plaguicidas <input type="radio"/> 6. Otras sustancias químicas <input type="radio"/> 3. Metanol <input type="radio"/> 7. Gases <input type="radio"/> 4. Metales <input type="radio"/> 8. Sustancias psicoactivas	<b>8.1.2. Código y nombre del producto</b> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>8.1.3 Via de Exposición</b> <input type="radio"/> 1. Respiratoria <input type="radio"/> 3. Dérmica/mucosa <input type="radio"/> 5. Desconocida <input type="radio"/> 7. Transplacentaria <input type="radio"/> 2. Oral <input type="radio"/> 4. Ocular <input type="radio"/> 6. Parenteral (intramuscular, intravenosa, subcutánea, intraperitoneal)	
<b>8.1.4 Lugar donde se produjo la Intoxicación</b> <input type="radio"/> 1. Hogar <input type="radio"/> 5. Establecimiento penitenciario <input type="radio"/> 2. Establecimiento educativo <input type="radio"/> 6. Lugar de trabajo <input type="radio"/> 3. Establecimiento militar <input type="radio"/> 7. Via pública /parque <input type="radio"/> 4. Establecimiento comercial <input type="radio"/> 8. Bares/Tabernas/Disotecas	

**9. REMISIÓN A SALUD MENTAL**

**9.1 Servicio al que se remite**

<input type="checkbox"/> Psiquiatría	<input type="checkbox"/> Psicología	<input type="checkbox"/> Trabajo social
--------------------------------------	-------------------------------------	---