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 *

Departamento	Municipio	Código	Sub– Índice
52	001	01102	01

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

1.2 Nombre del evento *

INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUIMICAS

Código del evento: 365

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *

__ / __ / ____

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *

○ RC ○ TI ○ CC ○ CE ○ PA ○ MS ○ AS ○ PE ○ CN ○ CD ○ SC ○ DE ○ PT

2.2 Número de identificación *

*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

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 *

○ 1. Años ○ 3. Días ○ 5. Minutos
○ 2. Meses ○ 4. Horas ○ 0. No aplica

2.8 Nacionalidad *

Código

2.9 Sexo *

○ M. Hombre ○ I. Indeterminado
○ F. Mujer

2.10 Identidad de género

○ 1. Hombre ○ 3. Hombre trans ○ 5. Otra
○ 2. Mujer ○ 4. Mujer trans **Cuál otra?**

2.11 Orientación sexual

○ 1. Heterosexual ○ 3. Bisexual **Cuál otra?**
○ 2. Gay/Lesbiana ○ 4. Otra

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *

COLOMBIA — 170 (País)

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *

Departamento: __ Municipio: ___

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *

○ 1. Cabecera municipal ○ 3. Rural disperso
○ 2. Centro poblado

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso

NO APLICA

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso

Código

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso

2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia

Código

2.19 Ocupación del paciente *

Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior

Código

2.20 Tipo de régimen en salud *

○ P. Excepción ○ C. Contributivo ○ N. No Asegurado
○ E. Especial ○ S. Subsidiado ○ I. Indeterminado/ pendiente

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *

Código

2.22 Pertenencia étnica *

○ 1. Indígena Grupo ètnico _____ ○ 2. Rom, Gitano ○ 3. Raizal ○ 4. Palenquero ○ 5. Negro, mulato afro colombiano ○ 6. Otro

2.23 Estrato

2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *

❑ Personas en condición de discapacidad ❑ Migrantes ❑ Gestantes (Semanas de gestación) ❑ Población infantil a cargo del ICBF ❑ Desmovilizados ❑ Víctimas de violencia armada
❑ Desplazados ❑ Personas privadas de la libertad ❑ Habitantes de la calle ❑ Madres comunitarias ❑ Centros psiquiátricos ❑ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente

X 1. Notificación rutinaria ○ 4. Búsqueda activa com.
○ 2. Búsqueda activa Inst. ○ 5. Investigaciones
○ 3. Vigilancia Intensificada

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *

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 *

○ 1. Sospechoso ○ 3. Conf. por laboratorio
○ 2. Probable X 4. Conf. Clínica
○ 5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado *

○ Sí ○ No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

__ / __ / ____

3.9 Condición final *

○ 1. Vivo
○ 2. Muerto
○ 0. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

__ / __ / ____

3.11 Número certificado de defunción

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

○ 0. No aplica ○ 4. Conf. Clínica ○ 6. Descartado ○ D. Descartado por error de digitación
○ 3. Conf. por laboratorio ○ 5. Conf. nexo epidemiológico ○ 7. Otra actualización

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

__ / __ / ____

Correos: sivigila@ins.gov.co

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

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 365. Intoxicaciones por sustancias químicas

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 LA EXPOSICIÓN

5.1 Grupo de sustancias
- ○ 1. Medicamentos
- ○ 2. Plaguicidas
- ○ 3. Metanol
- ○ 4. Metales
- ○ 5. Solventes
- ○ 6. Otras sustancias químicas
- ○ 7. Gases
- ○ 8. Sustancias psicoactivas

5.2 Código y nombre del producto:

5.3 Tipo de exposición
- ○ 1. Ocupacional
- ○ 2. Accidental
- ○ 11. Suicidio consumado
- ○ 4. Posible acto homicida
- ○ 6. Posible acto delictivo
- ○ 8. Desconocida
- ○ 9. Intencional psicoactiva / adicción
- ○ 10. Automedicación / autoprescripción

5.4 Lugar donde se produjo la intoxicación
- ○ 1. Hogar
- ○ 2. Establecimiento educativo
- ○ 3. Establecimiento militar
- ○ 4. Establecimiento comercial
- ○ 5. Establecimiento penitenciario
- ○ 6. Lugar de trabajo
- ○ 7. Via pública /parque
- ○ 8. Bares/Tabernas/Discotecas.

5.5 Fecha de exposición (dd/mm/aaaa) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

5.5.1 Hora (0 a 24) ☐☐:☐☐

5.6 Vía de exposición
- ○ 1. Respiratoria
- ○ 2. Oral
- ○ 3. Dérmica/mucosa
- ○ 4. Ocular
- ○ 5. Desconocida
- ○ 6. Parenteral (intramuscular, intravenosa, subcutánea, intraperitoneal)
- ○ 7. Transplacentaria

6. OTROS DATOS

6.1 Escolaridad
- ○ 1. Preescolar
- ○ 2. Básica primaria
- ○ 3. Básica secundaria
- ○ 4. Media académica o clásica
- ○ 5. Media técnica
- ○ 6. Normalista
- ○ 7. Técnica profesional
- ○ 8. Tecnológica
- ○ 9. Profesional
- ○ 10. Especialización
- ○ 11. Maestría
- ○ 12. Doctorado
- ○ 13. Ninguno
- ○ 14. Sin información

6.2 ¿Afiliado a A.R.L.?
- ○ 1. Sí
- ○ 2. No

6.2.1 Código y nombre de la A.R.L:

6.3 Estado civil
- ○ 1. Soltero
- ○ 2. Casado
- ○ 3. Unión libre
- ○ 4. Viudo
- ○ 5. Divorciado

7. SEGUIMIENTO

7.1 ¿El caso hace parte de un brote?
- ○ 1. Sí
- ○ 2. No

7.2 Número de casos en este brote ☐

7.3. Fecha investigación epidemiológica brote (dd/mm/aaaa) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

7.4. Situación de alerta
- ○ 1. Sí
- ○ 2. No

8. DATOS DE LABORATORIO

8.1 Se tomaron muestras de toxicología
- ○ 1. Sí
- ○ 2. No

8.2 Tipo de muestras solicitada
- ○ 1. Sangre total
- ○ 2. Orina
- ○ 4. Tejido
- ○ 13. Suero
- ○ 17. Agua
- ○ 23 Cabello
- ○ 29. Empaque / envase
- ○ 30 Otros
- ○ 32. Uñas

8.3 Nombre de la prueba toxicológica

8.4 Diligencie Valor resultado /unidades

Correo: sivigila@ins.gov.co