

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	1	0	2	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) *					
LESIONES POR MINA ANTIPERSONAL								4 5 2		/ /					

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 <b>Cuál otra?</b>			<input type="radio"/> 1. Heterosexual <input type="radio"/> 3. Bisexual <b>Cuál otra?</b> <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 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 452. Lesiones por pólvora pirotécnica, minas antipersonal y municiones sin explotar**

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
-------------------------------------	---------------	------------------------

**Caso de lesiones por pólvora pirotécnica:** caso en el que como consecuencia de la producción, almacenamiento, transporte, manipulación y/o exhibición de pólvora pirotécnica se produzca lesiones en las personas, que requieran manejo médico, ambulatorio u hospitalario, o desencadenen la muerte de las mismas.

**Caso lesiones por MAP y MUSE:** Lesiones producidas por minas antipersonales (MAP) o municiones sin explotar (MUSE), que requieran manejo médico, ambulatorio u hospitalario

**5. INFORMACIÓN CLÍNICA**

<b>Lesiones encontradas (marque con una X las que se presenten)</b>		<b>5.1 Laceración</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>5.2 Contusión</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
<b>5.3 Quemadura</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>5.3.1 En caso de quemadura marque con una X según corresponda.</b> <input type="checkbox"/> 1. Cara <input type="checkbox"/> 4. Pies <input type="checkbox"/> 2. Cuello <input type="checkbox"/> 5. Pliegues (axilas, anticubital, popliteo, etc) <input type="checkbox"/> 3. Manos <input type="checkbox"/> 6. Genitales <input type="checkbox"/> 7. Tronco <input type="checkbox"/> 8. Miembro superior (excluye manos) <input type="checkbox"/> 9. Miembro inferior (excluye pie)		<b>5.3.2 Clasificación grado</b> <input type="radio"/> 1. Primer grado <input type="radio"/> 2. Segundo grado <input type="radio"/> 3. Tercer grado <b>5.3.3 Extensión</b> <input type="radio"/> 1. Menor o igual al 5% <input type="radio"/> 2. Del 6% al 14% <input type="radio"/> 3. Mayor o igual al 15%
<b>5.4 Amputación</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>5.4.1 Sitios anatómicos comprometidos por la amputación</b> <input type="checkbox"/> 1. Dedos de la mano <input type="checkbox"/> 3. Antebrazo <input type="checkbox"/> 5. Muslo <input type="checkbox"/> 7. Pie <input type="checkbox"/> 2. Mano <input type="checkbox"/> 4. Brazo <input type="checkbox"/> 6. Pierna <input type="checkbox"/> 8. Dedos del pie		<b>5.5 Daño ocular</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <b>5.6 Daño auditivo</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
<b>5.7 Fracturas</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>5.7.1 Sitios anatómicos fracturados</b> <input type="checkbox"/> 1. Huesos del cráneo <input type="checkbox"/> 3. Miembro superior (excluye manos) <input type="checkbox"/> 6. Cadera <input type="checkbox"/> 2. Huesos de la mano <input type="checkbox"/> 4. Reja costal <input type="checkbox"/> 7. Miembro inferior (excluye pies) <input type="checkbox"/> 5. Columna <input type="checkbox"/> 8. Huesos del pie		
<b>5.8 Vía aérea</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>5.9 Trauma abdominal</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>5.10 Otro</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>Otro ¿Cuál?</b> _____

**6. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

<b>6.1 Tipo de artefacto que produjo la lesión</b> <input type="radio"/> 1. Artefacto pirotécnico <input type="radio"/> 2. Mina antipersonal <input type="radio"/> 3. Municiones sin explotar		<b>6.2 Artefacto pirotécnico (si la lesión se produjo por un artefacto pirotécnico marque con una X el tipo)</b> <input type="radio"/> 1. Cohetes <input type="radio"/> 2. Globos <input type="radio"/> 3. Pitos <input type="radio"/> 4. Totes <input type="radio"/> 5. Volcanes <input type="radio"/> 6. Voladores <input type="radio"/> 7. Luces de bengala <input type="radio"/> 8. Juegos pirotécnicos para exhibición y eventos <input type="radio"/> 9. Sin Dato <input type="radio"/> 10. Otro ¿Cual otro artefacto pirotécnico? _____	
<b>En circunstancias asociadas a pólvora pirotécnica, especifique:</b> <b>6.3 El lesionado se encontraba bajo los efectos del alcohol</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <b>6.4 ¿Si es menor de edad, el adulto acompañante se encontraba bajo efectos de alcohol o (SPA)?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		<b>6.5 Lugar del evento</b> <input type="radio"/> 1. Vivienda <input type="radio"/> 3. Parque público <input type="radio"/> 5. Zona rural <input type="radio"/> 7. Otro <input type="radio"/> 2. Vía pública <input type="radio"/> 4. Lugar de trabajo <input type="radio"/> 6. Sin dato	
<b>Actividad en que se presentó el evento (marque con una X)</b> <b>6.6 Polvora Pirotécnica</b> <input type="radio"/> 1. Almacenamiento <input type="radio"/> 5. Venta <input type="radio"/> 2. Transporte <input type="radio"/> 6. Observador <input type="radio"/> 3. Fabricación <input type="radio"/> 7. Otro <input type="radio"/> 4. Manipulación ¿Cuál? _____		<b>6.7 Artefactos explosivos, minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar</b> <input type="radio"/> 1. Tránsito <input type="radio"/> 4. Actividades de erradicación de cultivos ilícitos <input type="radio"/> 2. Contacto <input type="radio"/> 5. Otro <input type="radio"/> 3. Actividades de desminado ¿Cuál? _____	