

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 *			
<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
Departamento		Municipio		Código		Sub-Índice	
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO							
1.2 Nombre del evento *				Código del evento		1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *	
LESIONES POR POLVORA				4 5 2		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

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="text"/>			<input type="text"/>		<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		<input type="text"/>
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		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
2.19 Ocupación del paciente *			2.20 Tipo de régimen en salud *			2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *	
<input type="text"/>			<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			<input type="text"/>	
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						<input type="text"/>	
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 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 checked="" type="radio"/> 3. Vigilancia Intensificada		<input type="text"/> País <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> 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="text"/>		<input type="text"/>		<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="text"/>		<input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3.12 Causa básica de muerte			3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *			3.14 Teléfono del profesional *	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			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				<input type="text"/>			

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

Lesiones encontradas (marque con una X las que se presenten)		5.1 Laceración <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.2 Contusión <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
5.3 Quemadura <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.3.1 En caso de quemadura marque con una X según corresponda. <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)		5.3.2 Clasificación grado <input type="radio"/> 1. Primer grado <input type="radio"/> 2. Segundo grado <input type="radio"/> 3. Tercer grado 5.3.3 Extensión <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%
5.4 Amputación <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.4.1 Sitios anatómicos comprometidos por la amputación <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		5.5 Daño ocular <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No 5.6 Daño auditivo <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
5.7 Fracturas <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.7.1 Sitios anatómicos fracturados <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		
5.8 Vía aérea <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.9 Trauma abdominal <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.10 Otro <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Otro ¿Cuál? _____

6. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

6.1 Tipo de artefacto que produjo la lesión <input type="radio"/> 1. Artefacto pirotécnico <input type="radio"/> 2. Mina antipersonal <input type="radio"/> 3. Municiones sin explotar		6.2 Artefacto pirotécnico (si la lesión se produjo por un artefacto pirotécnico marque con una X el tipo) <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? _____	
En circunstancias asociadas a pólvora pirotécnica, especifique: 6.3 El lesionado se encontraba bajo los efectos del alcohol <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No 6.4 ¿Si es menor de edad, el adulto acompañante se encontraba bajo efectos de alcohol o (SPA)? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		6.5 Lugar del evento <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	
Actividad en que se presentó el evento (marque con una X) 6.6 Polvora Pirotécnica <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 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		6.7 Artefactos explosivos, minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar <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 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	