

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

<b>1.1 Código de la UPGD *</b> <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="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> Departamento Municipio Código Sub-Índice				<b>Razón social de la unidad primaria generadora del dato *</b> HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO			
<b>1.2 Nombre del evento *</b> LESIONES DE CAUSA EXTERNA				<b>Código del evento</b> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="3"/>			
<b>1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>							

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

<b>2.1 Tipo de documento *</b> <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				<b>2.2 Número de identificación *</b> <input type="text"/>	
<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>					
<b>2.3 Nombres y apellidos del paciente *</b>				<b>2.4 Teléfono *</b> <input type="text"/>	
<b>2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<b>2.6 Edad *</b>		<b>2.7 Unidad de medida de la edad *</b> <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	
<b>2.9 Sexo *</b> <input type="radio"/> M. Hombre <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Mujer		<b>2.10 Identidad de género</b> <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> _____		<b>2.11 Orientación sexual</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 _____	
<b>2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *</b> COLOMBIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> <small>País</small>		<b>2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Departamento Municipio</small>		<b>2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *</b> <input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado	
<b>2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso</b> NO APLICA		<b>2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso</b> <input type="text"/> <small>Código</small>		<b>2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso</b> <input type="text"/>	
<b>2.19 Ocupación del paciente *</b> <small>Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior</small> <input type="text"/>		<b>2.20 Tipo de régimen en salud *</b> <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		<b>2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *</b> <input type="text"/> <small>Código</small>	
<b>2.22 Pertenencia étnica *</b> <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					<b>2.23 Estrato</b> <input type="text"/>
<b>2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *</b> <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

<b>3.1 Fuente</b> <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		<b>3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *</b> País <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>			
<b>3.3 Dirección de residencia *</b>					
<b>3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<b>3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<b>3.6 Clasificación inicial de caso *</b> <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	
<b>3.7 Hospitalizado *</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
<b>3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<b>3.9 Condición final *</b> <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde		<b>3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
<b>3.11 Número certificado de defunción</b> <input type="text"/>		<b>3.12 Causa básica de muerte</b> <input type="text"/>		<b>3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *</b> <input type="text"/>	
<b>3.14 Teléfono del profesional *</b> 7333400 Ext:408					

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

<b>4.1 Seguimiento y clasificación final del caso</b> <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				<b>4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
---	--	--	--	---	--

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

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

**Cod INS 453. Lesiones de causa externa**

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. LESION DE CAUSA EXTERNA OCASIONADA POR:**

1. Accidente de consumo  4. Procedimientos estéticos

**6. ELEMENTO QUE OCASIONÓ LA LESION (Seleccione una o varias de las siguientes opciones)**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Máquina, equipo eléctrico o motor | <input type="checkbox"/> Muebles, electricos   | <input type="checkbox"/> Aparatología de uso estético  |
| <input type="checkbox"/> Medios de transporte              | <input type="checkbox"/> Articulos ó elementos de niños  | <input type="checkbox"/> Equipos biomédicos  |
| <input type="checkbox"/> Productos químicos                | <input type="checkbox"/> Articulos deportivos y de ocio  | <input type="checkbox"/> Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN) |
| <input type="checkbox"/> Juguetes                          | <input type="checkbox"/> Equipos de comunicación, electrónicos, equipos audiovisuales y computadores |  |
| <input type="checkbox"/> Equipos de construcción           | <input type="checkbox"/> Articulos de belleza, cuidado personal e higiene                            |  |
| <input type="checkbox"/> Vestimenta, accesorios y calzado  | <input type="checkbox"/> Medicamentos  |  |
| <input type="checkbox"/> Material escolar                  |  |  |

Nombre del elemento

**7. TIPO DE LESIÓN (Seleccione una o varias de las siguientes opciones)**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asfixia o ahogamiento                       | <input type="checkbox"/> Choque eléctrico, electrocución | <input type="checkbox"/> Intoxicación, alergias | <input type="checkbox"/> Necrosis               |
| <input type="checkbox"/> Estrangulamiento, sofocación                | <input type="checkbox"/> Fractura, esguince y luxación   | <input type="checkbox"/> Infección              | <input type="checkbox"/> Embolia                |
| <input type="checkbox"/> Herida, laceración, cortes                  | <input type="checkbox"/> Politraumatismo                 | <input type="checkbox"/> Sepsis                 | <input type="checkbox"/> Depresión respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Trauma leve, aplastamiento, aprisionamiento | <input type="checkbox"/> Amputación o enucleación        | <input type="checkbox"/> Perforación            |   |
|  | <input type="checkbox"/> Quemaduras                      | <input type="checkbox"/> Hemorragia             |   |

**8. PARTE DEL CUERPO AFECTADA (Seleccione una o varias de las siguientes opciones)**

- |                                 |  |   |   |                                    |  |
|---------------------------------|--|---|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cráneo | <input type="checkbox"/> Orejas        | <input type="checkbox"/> Antebrazo        | <input type="checkbox"/> Tórax posterior  | <input type="checkbox"/> Genitales | <input type="checkbox"/> Pies              |
| <input type="checkbox"/> Cara   | <input type="checkbox"/> Boca- Dientes | <input type="checkbox"/> Mano             | <input type="checkbox"/> Mamas            | <input type="checkbox"/> Glúteos   | <input type="checkbox"/> Dedos de los pies |
| <input type="checkbox"/> Ojos   | <input type="checkbox"/> Cuello        | <input type="checkbox"/> Dedos de la mano | <input type="checkbox"/> Abdomen          | <input type="checkbox"/> Muslos    | <input type="checkbox"/> Órganos internos  |
| <input type="checkbox"/> Nariz  | <input type="checkbox"/> Brazo         | <input type="checkbox"/> Tórax anterior   | <input type="checkbox"/> Pélvis - Perineo | <input type="checkbox"/> Piernas   | <input type="checkbox"/> Piel              |

**9. LUGAR DE OCURRENCIA DEL EVENTO (Seleccione una o varias de las siguientes opciones)**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hogar                     | <input type="checkbox"/> Lugar recreacional      | <input type="checkbox"/> Centro de estética |
| <input type="checkbox"/> Establecimiento educativo | <input type="checkbox"/> Industria               | <input type="checkbox"/> SPA                |
| <input type="checkbox"/> Calle                     | <input type="checkbox"/> Establecimiento público | <input type="checkbox"/> IPS                |

**10. CONDICIONES ESPECIALES**

- 10.1 Número de procedimientos quirurgicos que se realizaron de manera simultanea**  1.  2.  3.  Más de 3.
- 10.2 Tipo de profesional que desarrollo el procedimiento estético:**  1. Profesional de la salud  3. Médico esteticista  5. Esteticista  
 2. Cirujano plástico  4. Médico especialista  6. Cosmetologo
- 10.3 Hospitalización**  1. Si  2. No **10.4 UCI**  1. Si  2. No

**11. DATOS COMPLEMENTARIOS PARA EL USO DE SISTEMAS ELECTRÓNICOS DE ADMINISTRACIÓN DE NICOTINA (SEAN) /SISTEMAS ELECTRÓNICOS SIN SUMINISTRO DE NICOTINA (SSSN)**

- 11.1 ¿Qué sustancia(s) usa en el SEAN/SSSN?**  
 Nicotina  Saborizantes  Marihuana y/o derivados  Otra **11.1.1 ¿Cuál?** \_\_\_\_\_
- 11.2 ¿Con qué frecuencia usa el SEAN/SSSN?**  1. Diario  2. Dos o tres veces a la semana  3. Una vez a la semana  4. Menos de una vez a la semana
- 11.3 Manifestaciones clínicas**  Tos  Dificultad respiratoria  Nauseas  Diarrea  Otra  
 Disnea  Dolor torácico  Vómito  Dolor abdominal **11.3.1 ¿Cuál?** \_\_\_\_\_
- 11.4 Diagnósticos relacionados con la atención**  Síndrome Bronquial Obstructivo  Intoxicación  Alergia  
 Evento coronario agudo  Quemadura
- 11.5 ¿Qué otra(s) sustancia(s) consume actualmente?**  
 Cigarrillo / Tabaco  Cocaína  Heroína  
 Marihuana  Bazuco
- 11.6 Antecedentes médicos cardiacos y pulmonares previos al uso de SEAN/SSSN**  
 Asma  EPOC  Alergias respiratorias  Fibrosis quística  Enfermedad coronaria