

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

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

Cod INS 770. Tétanos neonatal

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. INFORMACIÓN GENERAL

5.1 Nombre de la madre:

| | | | | | |
|----------------------|---|--|--|---|--|
| 5.2 Edad de la madre | 5.3 ¿Llanto al nacer? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 5.4 ¿Mamaba normal al nacer? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 5.5. ¿Dejo de mamar? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 5.6 En que fecha (dd/mm/aaaa) [][] / [][] / [][][][] | 5.7 Hipertemia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
|----------------------|---|--|--|---|--|

6. DATOS CLÍNICOS

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| 6.1 Fontanela abombada <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 6.2 Rigidez en la nuca <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 6.3 Trismus <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 6.4 Convulsiones <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 6.5 Espasmos <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 6.6 Contracciones <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 6.7 Opistótonos <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 6.8 ¿Llanto excesivo? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 6.9 ¿Sepsis umbilical? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | |

7. FACTORES DE RIESGO GESTACIONAL

| | | |
|---|--|--|
| 7.1 Número de embarazos con el del caso | 7.2 ¿Asistió a control prenatal? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 7.3 Si marcó no, explique porqué no asistió a control prenatal |
|---|--|--|

Si en la pregunta 7.2 marcó sí, diligencie los siguientes campos (7.4)

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--------------------------------|
| ¿Atendido por médico? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | ¿Atendido por enfermero (a) <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | ¿Atendido por auxiliar? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | ¿Atendido por promotor (a) ? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | ¿Atendido por otro? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | ¿Sí marco otro quién? _____ |
| 7.5 Número de controles | 7.6 Último control prenatal (dd/mm/aaaa) [][] / [][] / [][][][] | 7.7 ¿Vivió la madre en el mismo lugar durante el embarazo? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | | 7.8 En caso negativo, ¿en qué municipio? [][] [][] [][][][] Departamento Municipio | |

8. ANTECEDENTES VACUNALES

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 8.1 ¿Antecedentes de vacunación antitetánica? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 8.2 Número de dosis TdaP ó TD | 8.3 Si marcó no, explique porqué no recibió la vacuna | | | |
| 8.4 Fecha de la dosis 1 (dd/mm/aaaa) TD1 [][] / [][] / [][][][] | 8.5 Fecha de la dosis 2 (dd/mm/aaaa) TD2 [][] / [][] / [][][][] | 8.6 Fecha de la dosis 3 (dd/mm/aaaa) TD3 [][] / [][] / [][][][] | 8.7 Fecha de la dosis 4 (dd/mm/aaaa) TD4 [][] / [][] / [][][][] | | |

9. FACTORES DE RIESGO

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 9.1 Lugar del parto <input type="radio"/> 1. Casa <input type="radio"/> 2. Institución de salud | 9.2 Marque con una X quién atendió al parto <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Promotora <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Partera complementada <input type="radio"/> Sola <input type="radio"/> Auxiliar <input type="radio"/> Partera no complementada <input type="radio"/> Otro | | | | |
| 9.3 ¿Se aplicaron sustancias en el muñón umbilical? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 9.3.1 ¿Cuál sustancia ? _____ | | | | |