

Datos básicos

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

FOR-R02.0000-001 V:08 2019-02-01

| | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 1.1 Código de la UPGD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Departamento Municipio Código Sub-Índice | | | | Razón social de la unidad primaria generadora del dato <input type="text"/> | | | |
| 1.2 Nombre del evento <input type="text"/> | | | Código del evento <input type="text"/> | 1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | | | |

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 2.1 Tipo de documento <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 | | | | 2.2 Número de identificación <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</small> | | | | | | | |
| 2.3 Nombres y apellidos del paciente <input type="text"/> | | | | | 2.4 Teléfono <input type="text"/> | | |
| 2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | | 2.6 Edad <input type="text"/> | 2.7 Unidad de medida de la edad <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 | | 2.8 Sexo <input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Femenino | | |
| 2.9 Nacionalidad <input type="text"/> | | 2.10 País de ocurrencia del caso <input type="text"/> | | 2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> | | | |
| 2.12 Área de ocurrencia del caso <input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado | | 2.13 Localidad de ocurrencia del caso <input type="text"/> | | | | | |
| 2.14 Barrio de ocurrencia del caso <input type="text"/> | | 2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso <input type="text"/> | | 2.16 Vereda/zona <input type="text"/> | | | |
| 2.17 Ocupación del paciente <input type="text"/> | | 2.18 Tipo de régimen en salud <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 | | 2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios <input type="text"/> | | | |
| 2.20 Pertenencia étnica <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 | | 2.21 Estrato <input type="text"/> | | 2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Sem.de gestación <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"/> Carcelarios <input type="checkbox"/> Indigentes <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales | | | |

3. NOTIFICACIÓN

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 3.1 Fuente <input type="radio"/> 1. Notificación rutinaria <input type="radio"/> 3. Vigilancia Intensificada <input type="radio"/> 5. Investigaciones <input type="radio"/> 2. Búsqueda activa Inst. <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa com. | | 3.2 Departamento y municipio de residencia del paciente Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> | |
| 3.3 Dirección de residencia <input type="text"/> | | | |
| 3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3.6 Clasificación inicial de caso <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 | |
| 3.7 Hospitalizado <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | | |
| 3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3.9 Condición final <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde | 3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | 3.11 Número certificado de defunción <input type="text"/> |
| 3.12 Causa básica de muerte <input type="text"/> | | 3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha <input type="text"/> | |
| 3.14 Teléfono <input type="text"/> | | | |

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

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

Accidente ofídico. Cod INS 100

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 FOR-R02.0000-075 V:00 2019-02-01

| | | |
|--------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| A. Nombres y apellidos del paciente | B. Tipo de ID* | C. 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

5. DATOS DEL ACCIDENTE

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 5.1 Fecha del accidente (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> | 5.2 Dirección del lugar donde ocurrió el accidente | |
| 5.3 Actividad que realizaba al momento del accidente | | |
| <input type="radio"/> 1. Recreación <input type="radio"/> 3. Oficios domésticos <input type="radio"/> 6. Actividad acuática <input type="radio"/> 7. Otro ¿Cuál otro? _____ <input type="radio"/> 2. Actividad agrícola <input type="radio"/> 5. Recolección de desechos <input type="radio"/> 8. Caminar por senderos abiertos o trocha | | |
| 5.4 Tipo de atención inicial | | |
| <input type="radio"/> 1. Incisión <input type="radio"/> 3. Sangría <input type="radio"/> 5. Inmovilización del enfermo <input type="radio"/> 7. Otro ¿Cuál otro? _____ <input type="radio"/> 2. Punción <input type="radio"/> 4. Torniquete <input type="radio"/> 6. Inmovilización del miembro <input type="radio"/> 9. Succión mecánica | | |
| 5.5 ¿La persona fue sometida a prácticas no médicas? | | |
| <input type="radio"/> 1. Pócimas <input type="radio"/> 3. Emplastos de hierbas <input type="radio"/> 5. Otro ¿Cuál otro? _____ <input type="radio"/> 2. Rezos <input type="radio"/> 4. Ninguno <input type="radio"/> 6. Succión bucal | | |
| 5.6 Localización de la mordedura | | |
| <input type="radio"/> 1. Cabeza (cara) <input type="radio"/> 2. Miembros superiores <input type="radio"/> 3. Miembros inferiores <input type="radio"/> 4. Tórax anterior <input type="radio"/> 5. Abdomen <input type="radio"/> 6. Espalda <input type="radio"/> 7. Cuello <input type="radio"/> 8. Genitales <input type="radio"/> 9. Glúteos <input type="radio"/> 10. Dedos de pie y de mano <input type="radio"/> 11. Dedos de mano <input type="radio"/> 12. Dedos de mano | | |
| 5.7 ¿Hay evidencia de huellas de colmillos? | 5.8 ¿La persona vió la serpiente que la mordió? | 5.9 ¿Se capturó la serpiente? |
| <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 5.10 Agente agresor, identificación género | | |
| <input type="radio"/> 1. Bothrops <input type="radio"/> 2. Crotalus <input type="radio"/> 3. Micrurus <input type="radio"/> 4. Lachesis <input type="radio"/> 7. Pelamis (serpiente de mar) <input type="radio"/> 8. Colubrido <input type="radio"/> 9. Sin identificar <input type="radio"/> 6. Otro ¿Cuál? _____ | | |
| 5.11 Agente agresor, nombre común | | |
| <input type="radio"/> 1. Mapaná <input type="radio"/> 2. Equis <input type="radio"/> 3. Cuatro narices <input type="radio"/> 4. Cabeza de candado <input type="radio"/> 5. Rabo de chucha <input type="radio"/> 6. Verrugosa o rieca <input type="radio"/> 7. Vibora de pestaña <input type="radio"/> 8. Rabo de ají <input type="radio"/> 9. Veintricuatro <input type="radio"/> 10. Jergón <input type="radio"/> 11. Jararacá <input type="radio"/> 12. Cascabel <input type="radio"/> 13. Coral <input type="radio"/> 14. Boca dorada <input type="radio"/> 15. Patoco/patoquilla <input type="radio"/> 16. Desconocido <input type="radio"/> 17. Desconocido <input type="radio"/> 15. Otro ¿Cuál otro? _____ | | |

6. CUADRO CLÍNICO

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 6.1 Manifestaciones locales (marque con una X las que se presenten) | |
| <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Flictenas <input type="checkbox"/> Parestesias/hipoestesias <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Otro 6.1.1 ¿Cuál otro? _____ | |
| 6.2 Manifestaciones sistémicas (marque con una X las que se presenten) | |
| <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Hipotensión <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Hematemesis <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Oliguria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Sialorrea <input type="checkbox"/> Fascies neurotóxica <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Hematoquexia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Alteraciones de la visión <input type="checkbox"/> Vértigo <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Alteración sensorial <input type="checkbox"/> Gingivorragia <input type="checkbox"/> Ptosis palpebral ¿Cuál otro? _____ | |
| 6.3 Complicaciones locales (marque con una X las que se presenten) | |
| <input type="checkbox"/> Celulitis <input type="checkbox"/> Absceso <input type="checkbox"/> Necrosis <input type="checkbox"/> Mionecrosis <input type="checkbox"/> Síndrome compartimental <input type="checkbox"/> Fasciitis <input type="checkbox"/> Alteraciones en la circulación/perfusión <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál otro? _____ | |
| 6.4 Complicaciones sistémicas | |
| <input type="checkbox"/> Anemia aguda severa <input type="checkbox"/> Edema cerebral <input type="checkbox"/> Shock hipovolémico <input type="checkbox"/> Falla ventilatoria <input type="checkbox"/> Shock séptico <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> CID <input type="checkbox"/> Hemorragia intracraneana <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál otro? _____ | |
| 6.5 Gravedad del accidente | |
| <input type="radio"/> 1. Leve <input type="radio"/> 2. Moderado <input type="radio"/> 3. Grave <input type="radio"/> 4. No envenenamiento | |

7. ATENCIÓN HOSPITALARIA

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. Tratamiento específico (suero antiofídico) | | |
| 7.1 ¿Empleó Suero? | 7.2 Tiempo transcurrido | 7.3 Tipo de suero antiofídico |
| <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | Registre el número de días u horas transcurridas entre la mordedura y la administración del suero <input type="text"/> <input type="text"/> Días Horas | <input type="checkbox"/> 1 Antiofídico polivalente (Bothrópico, Lachésico, Crotálico) <input type="checkbox"/> 2 Anti-coral |
| 7.4 Fabricante | 7.4.1 ¿Cuál? | 7.4.2 Lote |
| <input type="radio"/> 1. Probiol <input type="radio"/> 2. Bioclon <input type="radio"/> 3. INS (Instituto Nacional de salud) <input type="radio"/> 4. Otro | _____ | <input type="text"/> |
| 7.5 Reacciones a la aplicación del suero | 7.6 Dosis de suero (ampollas) | 7.7 Tiempo de administración de suero |
| <input type="radio"/> 1. Ninguna <input type="radio"/> 2. Localizada <input type="radio"/> 3. Generalizada | Registre el número de ampollas suministradas al paciente en el espacio señalado <input type="text"/> <input type="text"/> | Registre el número de horas o minutos que demoró la administración de suero antiofídico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Horas |
| 7.8 ¿Remitido a otra institución? | B. Otros tratamientos médicos | 7.9 Tratamiento quirúrgico |
| <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| | 7.10 Tipo de tratamiento quirúrgico | |
| | <input type="radio"/> 1. Drenaje de absceso <input type="radio"/> 2. Limpieza quirúrgica <input type="radio"/> 3. Desbridamiento <input type="radio"/> 4. Fasciotomía <input type="radio"/> 5. Injerto de piel <input type="radio"/> 6. Amputación | |

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN
DATOS BÁSICOS**

Definición
La ficha de notificación de Datos Básicos es un instrumento que permite obtener **información prioritaria** de las **variables de tiempo, lugar y persona** para la notificación de los diferentes eventos de interés en salud pública, con el fin de diferenciar claramente las características propias de las poblaciones que se ven asociadas a los eventos notificados (variables universales), los lugares y momentos específicos en los que se presentan.

Consideraciones generales
Para el diligenciamiento de la ficha de datos básicos, es importante tener en cuenta los aspectos que se numerarán a continuación, con el fin que la información allí consignada cumpla con los criterios de calidad y veracidad del dato:
1. Diligencie con letra imprenta, clara y legible; recuerde que la ficha de notificación es un **DOCUMENTO MEDICO LEGAL**, por lo tanto es necesario que **evite enmendaduras o tachones** durante su diligenciamiento.
2. Utilice preferiblemente esfero de tinta negra para el diligenciamiento de la ficha de notificación.
3. La ficha debe ser diligenciada en su totalidad.
4. Tenga en cuenta que dependiendo la variable puede o no tener múltiples opciones de respuesta. Por lo anterior, las variables cuyas categorías estén designadas con un (círculo) significa que esa variable tiene una **ÚNICA** opción de respuesta. Por el contrario las variables que están señaladas con un (cuadrado), significa que tiene **MÚLTIPLES** opciones de respuesta.
5. Escriba una letra o número por casilla.
6. Verifique que las variables Código de evento y nombre del evento, coincidan.
7. Verifique que las variables código de UPGD, número de identificación, tipo de documento y código del evento, estén diligenciadas correctamente, con el fin de evitar contratiempos en la notificación.
8. Recuerde que cuando el evento requiere datos complementarios es necesario diligenciar también la ficha de datos específicos "Cara B", la cual encontrará en la página web del INS, con el nombre del evento.
Excepciones: en los eventos Bajo peso al nacer y Muerte perinatal y neonatal tardía, los datos básicos corresponden a los datos de la madre.

1. INFORMACIÓN GENERAL

| VARIABLE | CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN | CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN | OBLIG |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.1 Código de UPGD | Diligencie el código de habilitación del prestador. Tenga en cuenta: Departamento: se relaciona con el código del departamento al que pertenece la institución (código DIVIPOLA del DANE) y corresponde a los dos primeros dígitos. Municipio: los tres dígitos sumados a los anteriores, identifican el municipio donde se encuentra ubicada la institución y corresponden al código DIVIPOLA del DANE. Código: el primer dígito de este grupo, corresponde al número asignado cuando la institución se encuentra en el registro de habilitación de prestadores de salud (REPS). Tenga en cuenta que si la UPGD pertenece a la Policía Nacional el dígito debe ser 7, si pertenece a fuerzas militares debe ser 8. Si son unidades informadoras que no tienen código de habilitación debe ser 9. Los cuatro dígitos siguientes son asignados por el departamento-municipio cuando son unidades informadoras; de lo contrario son asignados por el REPS. Sub-índice: identifica el número de sede al que pertenece la institución cuando la UPGD tiene más de una (la sede principal siempre es 01). Cuando terminan en 80, se relacionan con UPGD que pertenecen al ejército nacional; 81, a la Armada; 82, a la fuerza aérea; 83, hospital militar; 55 EAPB y 99, identifican los establecimientos penitenciarios y carcelarios. | Registre el código de habilitación por el módulo de caracterización de UPGD antes de iniciar la notificación. Recuerde clasificar la UPGD como Activa = SI, en el módulo de caracterización de UPGD. | SI |
| 1.2 Nombre del evento | Nombre del evento y código de acuerdo al listado de clasificación establecido por el Instituto Nacional de Salud. | * Tener en cuenta que el nombre y el código del evento deben coincidir para evitar confusiones durante la sistematización. | SI |
| 1.3 Fecha de notificación | Fecha en la que se está informando el evento al siguiente nivel por cualquier mecanismo, en especial para los eventos de notificación inmediata. Formato día-mes-año | * La fecha de notificación debe ser mayor o igual a la fecha de inicio de síntomas y a la fecha de consulta. | SI |

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.1 Tipo de identificación | Se relaciona con el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que está siendo notificado. Diligencie una sola opción en esta variable. Tenga en cuenta que si el paciente es menor de edad y no tiene identificación debiera ingresarlo como "MS" y el número de identificación debiera seguir las indicaciones del apartado 2.2. En caso que el paciente sea mayor de edad y no tiene identificación debiera ingresarlo como "AS" y el número de identificación debiera seguir las indicaciones del apartado 2.2. | * El tipo de documento debe ser consistente con la edad del paciente. | SI |
| 2.2 Número de identificación | El estandar de longitud de caracteres del número de identificación acorde al tipo de identificación, se define en el "Diccionario de elemento de datos el estandar" lenguaje común de intercambio de información (MinTIC), de la siguiente manera: CC: entre 8 y 10 dígitos RC: entre 8 ó 10 ó 11 dígitos TI: 10 y 11 dígitos CE: menor a 7 dígitos <i>Menor sin identificación:</i> para este último ingrese el documento de la madre con el consecutivo respectivo al número de nacimiento. <i>Mayor sin identificación:</i> para mayores de 18 años utilice el código del Departamento + código de Municipio y el consecutivo definido por el Entidad Territorial o UPGD. | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. | SI |
| 2.3 Nombres y apellidos del paciente | Corresponde a los nombres y apellidos del paciente textual al documento de identificación. | * El primer nombre y primer apellido son obligatorios para el sistema, de lo contrario no le permitirá continuar con la sistematización de la información. | SI |
| 2.4 Teléfono | Corresponde al número telefónico (fijo o celular) donde pueda ubicarse al paciente. Es necesario anteceder el número indicativo del departamento o distrito, ejemplo, para marcar a Bogotá, (1) 2302162. Tenga en cuenta que el diligenciamiento correcto de esta variable permitirá contactar al paciente en caso de ser requerido. | * Si no es posible obtener el número telefónico, diligencie esta variable "SIN INFORMACIÓN". De lo contrario se tomará arbitrariamente durante la sistematización de la ficha. | SI |
| 2.5 Fecha de nacimiento | Para el evento de Bajo peso al nacer y mortalidad perinatal los datos en la ficha de datos básicos corresponden a los de la mamá. Formato día-mes-año. | El ingreso de la fecha de nacimiento permitirá el cálculo de la semana epidemiológica para Sífilis congénita y Síndrome de rubeola congénita. | NO |
| 2.6 Edad | Reporte la edad cumplida. Si se desconoce indague por la fecha de nacimiento. | El sistema calcula la edad si se tiene la fecha de nacimiento. | SI |
| 2.7 Unidad de medida de la edad | Cantidad estandarizada en la que se mide el tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento. | * En los casos donde el tipo de identificación sea CC, TI o CE se toma la unidad de medida 1. * Tenga en cuenta que la variable debe coincidir con el tipo de identificación del paciente, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. la unidad de medida 0="no aplica" solo puede ser utilizada para el evento 215 defectos congénitos, cuando el diagnóstico se realiza prenatal | SI |
| 2.8 Sexo | Se relaciona con el sexo del paciente relacionado con la notificación. M = Masculino F = Femenino I = Indeterminado Los eventos Mortalidad Perinatal y Bajo Peso al Nacer capturan datos de la madre. El sexo I=Indeterminado aplica únicamente para Defectos Congénitos. | * Tener en cuenta que al sistematizar la información se digita la variable TAL CUAL aparece en la ficha de notificación, debido a que no existe una regla de validación que permita validarla con el nombre del paciente. | SI |
| 2.9 Nacionalidad | Corresponde al estado o nación que pertenece una persona según su documento de identificación. | Seleccione el país correspondiente a la nacionalidad según la lista establecida. | SI |
| 2.10 País de ocurrencia del caso | Indague al caso o familiar del mismo, respecto al país donde ocurrió la exposición al evento de interés en salud pública a notificar. Tenga en cuenta que la ocurrencia o procedencia corresponde al lugar geográfico donde posiblemente el paciente adquirió o al cual se atribuye la exposición al agente o factor de riesgo que ocasionó el evento. En los eventos transmisibles se deberán considerar los tiempos de incubación de la enfermedad. | * Tener en cuenta el diligenciamiento correcto de esta variable en la ficha, debido a que su ausencia se tomaría por defecto en el sistema como "país donde ocurre el caso : Colombia" | SI |

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN
DATOS BÁSICOS**

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia | Ingrese el nombre del departamento y municipio de donde proviene/ocurre el caso. Tenga en cuenta que la ocurrencia o procedencia corresponde al lugar geográfico donde posiblemente el paciente adquirió o al cual se atribuye la exposición al agente o factor de riesgo que ocasionó el evento. En los eventos transmisibles se deberán considerar los tiempos de incubación de la enfermedad. | Revisar que el Municipio coincida con el Departamento. Recuerde que pueden haber coincidencias en el nombre del Municipio en diferentes Departamentos. | SI |
| 2.12 Área de ocurrencia del caso | <p>1. Cabecera Municipal: es el área geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por acuerdos del Concejo Municipal. Corresponde al lugar en donde se ubica la sede administrativa de un municipio.</p> <p>2. Centro Poblado: Se define como una concentración de mínimo veinte (20) viviendas contiguas, vecinas o adosadas entre sí, ubicada en el área rural de un municipio o de un Corregimiento Departamental.</p> <p>3. Rural Disperso: es el área que se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas y demás. <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i></p> | * Variable de única selección. No se puede ingresar al sistema más de una categoría. | SI |
| 2.13 Localidad de ocurrencia | Ingrese el nombre de la localidad donde ocurrió el caso. Tenga en cuenta que esta variable aplica para los Distritos como Bogotá, Municipios como Medellín y Cali, entre otros; los cuales están sectorizados internamente según el departamento de planeación municipal. <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i> | * Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11 "cabecera municipal" | SI |
| 2.14 Barrio de ocurrencia del caso | Ingrese el nombre del barrio donde ocurrió el caso. <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i> | * Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11 "cabecera municipal". La codificación depende de la tabla de barrios definidos por la entidad territorial. | SI |
| 2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso | Nombre del área de ocurrencia del caso seleccionado en la variable 2.11 <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i> | * Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11 | SI |
| 2.16 Vereda/zona | Ingrese el nombre de la vereda o zona donde ocurrió el caso. <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i> | * Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11 "rural disperso" | SI |
| 2.17 Ocupación del paciente | Describa claramente la ocupación principal de paciente (en el caso que aplique). | * La codificación de la ocupación está a partir de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO 88) | SI |
| 2.18 Tipo de régimen en salud | Se relaciona con el régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, en el que se encuentra el caso que está siendo notificado o su acudiente. Variable de única respuesta. P= Excepción: regímenes de seguridad social de los afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol así como los servidores públicos de universidades públicas C= Contributivo: sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud. E= Especial: regímenes de seguridad social de los afiliados a la Policía Nacional, Fuerzas Militares, Armada, Fuerza Aérea. S= Subsidiado: El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. N= No asegurado I= Indeterminado/ pendiente: esta opción debe ser utilizada <u>exclusivamente para ajuste por las EAPB</u> , cuando el caso no corresponde a esta y requiere verificación en el nivel nacional | * Para la sistematización de la información, se toma una sola categoría de respuesta. | SI |
| 2.19 Nombre de la administradora de salud | Ingrese el nombre de la empresa que presta los servicios de salud al caso la cual deberá ser acorde al tipo de régimen en salud. | * Para la sistematización de la información se tiene en cuenta el nombre de la administradora que debe coincidir con la categoría seleccionada en la variable 2.17 | SI |
| 2.20 Pertenencia étnica | "La pertenencia étnica se define como patrimonio cultural compartido por un grupo de personas", las definiciones para cada uno de los grupos étnicos son: Indígena: persona de ascendencia amerindia que comparten sentimientos de identificación con su pasado aborigen, manteniendo rasgos y valores propios de su cultura tradicional, así como formas de organización y control social propios. Si diligencia esta opción deberá elegir el grupo étnico al que pertenece. Rom, Gitano: Son comunidades que tienen una identidad étnica y cultural propia; se caracterizan por una tradición nómada, y tienen su propio idioma que es el romanés. Raizal: Población ubicada en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con raíces culturales afro-anglo-antillanas, cuyos integrantes tienen rasgos socioculturales y lingüísticos claramente diferenciados del resto de la población afrocolombiana. Palenquero: Población ubicada en el municipio de San Basilio de Palenque, departamento de Bolívar, donde se habla el palenquero, lenguaje criollo. Negro o afrocolombiano: persona de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado. Tenga en cuenta que esta variable se diligencia con base a lo que el paciente manifiesta, mas no a la percepción de quien está diligenciando la ficha. | * Para la sistematización de la información se tiene en cuenta la categoría única diligenciada en la variable. Variable con categoría única de respuesta. | SI |
| 2.21 Estrato | Estrato socio-económico donde está ubicada la vivienda del paciente, estos son: 1. Bajo-bajo, 2. Bajo, 3. Medio-bajo, 4. Medio, 5. Medio-alto o 6. Alto | Variable con categoría única de respuesta. | SI |
| 2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente | La variable tiene múltiples opciones de respuesta que se pueden diligenciar dependiendo de lo referido por el paciente o de lo observado por quien esté diligenciando la ficha de notificación, a continuación se definen algunas poblaciones relevantes para tener mayor claridad: Migrante: persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia (OIM). Desmovilizado: Aquel que por decisión individual abandone voluntariamente sus actividades como miembro de organizaciones armadas al margen de la ley, esto es grupos guerrilleros y de autodefensa, y se entregue a las autoridades de la República (Decreto 128 de 2003). Desplazados: Personas o grupos de personas que han sido forzadas u obligadas a abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual, en particular como resultado de o para evitar los efectos del conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violaciones de derechos humanos o desastres naturales o causados por el hombre, y que no han cruzado fronteras reconocidas internacionalmente" (Naciones Unidas, documento E/CN.4/1992/23). Si no pertenece a algún grupo poblacional, se sugiere señalar la opción "otros grupos poblacionales". | * Para la sistematización de la información se hace necesario marcar la/s categorías de respuesta necesarias según corresponda. Si no pertenece a algún grupo se toma como "otros grupos poblacionales" | SI |

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN
DATOS BÁSICOS**

| 3. NOTIFICACIÓN | | | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.1 Fuente | Corresponde a la fuente de la notificación lo cual influye en el análisis de datos y en las acciones de vigilancia y control, las posibles fuentes son: 1. notificación rutinaria, 2. Búsqueda Activa Institucional, 3. Vigilancia intensificada y 4. Búsqueda Activa Comunitaria. | | |
| 3.2 Departamento y municipio de residencia del paciente | Nombre del departamento y municipio donde reside el paciente al momento de la notificación. Nota: <i>Para definir residencia acogemos el concepto de la Ley 1607 de 2012 que establece que una persona es residente de algún lugar geográfico si "permanece continua o discontinuamente en el país por más de ciento ochenta y tres (183) días calendario incluyendo días de entrada y salida.</i> | | SI |
| 3.3 Dirección de residencia | Dirección donde se encuentra ubicada la residencia del paciente al momento de la notificación acorde a los parámetros establecidos en el numeral 3.1. | | SI |
| 3.4 Fecha de consulta | Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que consultó el paciente por el evento notificado. | * Para sistematizar la información tenga en cuenta que la fecha de consulta NO puede ser mayor a la fecha de notificación. Si esto sucede se tomará como error en el sistema y no se podrá continuar con la digitación de la ficha de notificación. | SI |
| 3.5 Fecha de inicio de síntomas | Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha del primer día en que el paciente inició síntomas del evento acorde a la definición de caso. | * Para sistematizar la información tenga en cuenta que la fecha de inicio de síntomas NO debe ser superior a la fecha de consulta y a la fecha de notificación. Si esto sucede se tomará como un error en el sistema y no se podrá continuar con la digitación de la ficha de notificación. | SI |
| 3.6 Clasificación inicial del caso | En la notificación inicial, seleccione únicamente una categoría de la variable. Cada evento tiene una clasificación de caso específica, la cual es acorde a lo descrito en el protocolo. Es importante que aquellos eventos que ingresan probables y sospechosos, sean ingresados con esa clasificación ya que se entenderá que son detectados de forma oportuna, de lo contrario, es decir, si ingresan confirmados, corresponden a una falla en la pronta identificación del evento. | *Para la sistematización, los valores permitidos en esta variable dependen del evento que se va a notificar. | SI |
| 3.7 Hospitalizado | Marque con una X la opción según corresponda. Hospitalización debida al evento que se está notificando. | * Ingrese la información solicitada, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso. | SI |
| 3.8 Fecha de hospitalización | Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que el paciente fue hospitalizado como consecuencia del evento que se está notificando. | * Tenga en cuenta que para la sistematización la fecha de hospitalización no puede ser inferior a la fecha de consulta, ni a la fecha de notificación. | SI |
| 3.9 Condición final | Variable de única selección. 0 = Solo aplica cuando se capte el caso por BAI y se desconoce el dato, o para defectos congénitos cuando la unidad de medida es "0" 1 = Vivo 2 = Muerto Tenga en cuenta que es importante establecer si la muerte fue debida al evento de interés en salud pública para diligenciar esta variable. | * Tenga en cuenta que para la sistematización de la información se debe diligenciar la condición final del paciente al momento de la notificación, la cual se derive del evento que se está notificando. | SI |
| 3.10 Fecha de defunción | Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que el paciente fallece como consecuencia del evento que se está notificando. | * Se diligencia dependiendo de la respuesta de la variable 3.8 "2 = Muerto". | SI |
| 3.11 Número de certificado de defunción | Número consecutivo que aparece en la parte superior derecha del certificado de defunción diligenciado si la "3.8 Condición final" es 2 = Muerto" | * Se diligencia dependiendo de la respuesta de la variable 3.8 "2 = Muerto". Debe estar diligenciado el registro, de lo contrario el sistema no permitirá contiar con la sistematización de la ficha. | SI |
| 3.12 Causa básica de muerte | Diagnóstico CIE X, que ocasionó la muerte del caso y que esta relacionado con el evento de interés en salud pública. | * Se diligencia una vez la respuesta de la variable 3.8 sea "2 = Muerto" | SI |
| 3.13 Nombre de profesional que diligencia la ficha | Nombre de la persona que diligenció la ficha de notificación en la UPGD o UI | * Para la sistematización de la información debe diligenciar los datos solicitados, de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la ficha de notificación. | SI |
| 3.14 Teléfono | Número telefónico de contacto de la persona que realiza la notificación, preferiblemente el número celular para poder contactarlo en caso de ser requerido. | * Para la sistematización de la información debe diligenciar los datos solicitados, de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la ficha de notificación. | SI |
| 4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES | | | |
| 4.1 Seguimiento y clasificación final del caso | Estos son los valores que se relacionan para definir la clasificación final del caso, posterior de obtener resultados de laboratorio o análisis del caso. Corresponde a la clasificación definitiva del caso. 0 = No aplica (es el valor por defecto del sistema si el caso es nuevo o no ha sido ajustado) 3 = Confirmado por laboratorio 4 = Confirmado por clínica 5 = Confirmado por nexo epidemiológico 6= Descartado: puede ser por criterio epidemiológico, por laboratorio, porque no cumple la condición del caso, etc. 7 = Otra actualización: quiere decir que se puede modificar cualquier campo excepto código de evento, Upgd, numero de id, fecha de notificación. Esto, después de haber notificado el caso. D = Error de digitación por las siguientes razones: - el evento notificado es errado, por ejemplo, se digitaron los datos para el evento parotiditis y realmente se trataba de un caso de varicela. - cuando al menos una de las variables de la llave primaria (código de evento, año, semana epidemiológica, código de prestador, código sub-índice del prestador, tipo de identificación y número de identificación) fueron mal digitadas, ya que es posible modificarlas una vez hayan sido notificadas (generación del archivo plano). | Los tipos de ajuste permisos y los tiempos para el ajuste de casos, se encuentran definidos en los protocolos de vigilancia en salud pública. | SI |
| 4.2 Fecha de ajuste | Fomato día/mes/año; corresponde a la fecha en la que se ajustó la clasificación inicial del caso. | | SI |

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS
ACCIDENTE OFÍDICO (Cód INS: 100)**

| VARIABLE | CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN | CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN | OBLIG |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| A. Nombres y apellidos del paciente B. Tipo de ID C. Número de identificación | Es necesario diligenciar estos datos en la ficha de complementarios, los cuales debe coincidir con la información registrada en la ficha de datos básicos. | * El tipo de documento debe ser coincidente con la edad del paciente. * El tipo y número de documento debe coincidir con la información ingresada en la ficha de datos básicos. | SI |
| 5. DATOS DEL ACCIDENTE | | | |
| 5.1 Fecha del accidente | Formato día-mes-año | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. | SI |
| 5.2 Dirección del lugar donde ocurrió el accidente | Diligencie exactamente la dirección donde ocurrió el evento. Si ocurrió en una vía pública, busque la dirección que más se aproxime al sitio donde ocurrió el accidente. Si el accidente fue en lugar abierto, indique las características más exactas donde ocurrió el evento, señalando lugares o aspectos que caractericen el espacio. En el caso que sea en área rural colocar el nombre de la comunidad, zona o vereda donde ocurrió el accidente. | | NO |
| 5.3 Actividad que se realizaba en el momento del accidente | Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Recreación 2 = Actividad Agrícola 3 = Oficios domésticos 5 = Recolección de desechos 6 = Actividad acuática 8 = Caminar por senderos abiertos o trocha 7 = Otro ¿Cuál? | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. La categoría de ¿Cuál? Se activa siempre y cuando seleccione la opción 7 = Otra. Si seleccionó la opción 7= Otra Debe escribir cuál actividad se encontraba realizando la persona | SI |
| 5.4 Tipo de atención inicial | Tipo de acciones que se realizaron al ocurrir el accidente antes de consultar y ser atendido en cualquier servicio de salud. Marque la opción según corresponda el caso. Inciisión = Hendidura que se hace en algunos cuerpos con instrumento cortante Punción = Introducción de un instrumento agudo, como una aguja, en un tejido, órgano o cavidad. Sangría =Abrir o punzar para dejar salir determinada cantidad de sangre Torniquete = Dispositivo para detener una hemorragia mediante la compresión de la zona próxima a la herida con una ligadura fuertemente apretada Inmovilización : Hacer que algo quede inmóvil Succión mecánica : Extraer veneno con un instrumento | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. Si seleccionó la opción 7= Otra debe escribir cuál otra atención inicial recibió el afectado | SI |
| 5.5 ¿La persona fue sometida a prácticas no médicas? | Indague si la persona agredida empleó alguna de las prácticas no médicas relacionadas para el manejo del accidente. Marque cualquiera de las opciones. Pócimas = Bebida medicinal Rezos =Elevación de oraciones religiosas, alabanzas o peticiones en señal de curación, por parte de chamanes, personas sabias o sacerdotes Emplastos de hierba =Preparado de hiérbas de uso tópico, sólido, moldeable y adhesivo Succión bucal =Extraer veneno con la boca | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. Si seleccionó la opción 5= Otra debe escribir cuál otra práctica no médica empleada | SI |
| 5.6 Localización de la mordedura | Verifique el lugar de la lesión ocasionada por la mordedura, y marque la opción según su ubicación. | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. | SI |
| 5.7 ¿Hay evidencia de huellas de colmillos? | Verifique si en el sitio de la mordedura se encuentran las marcas de los colmillos. Marque la opción según corresponda 1 = Si 2 = No | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. | SI |
| 5.8 ¿La persona vió la serpiente que la mordió? | Indague al afectado o los familiares si en el momento del accidente fue posible ver la serpiente agresora, marque según corresponda 1 = Si 2 = No | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. | SI |
| 5.9 ¿Se capturó la serpiente? | Pregunte al paciente o sus acompañantes si luego del accidente, capturaron la serpiente agresora (Viva o muerta) , marque según corresponda 1 = Si 2 = No | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. | SI |
| 5.10 Agente agresor, identificación de género | De acuerdo con las características como color, tamaño, forma de la cola, nombre común, entre otras, mencionadas por el afectado o la familia identifique a cuál de los géneros pertenece la serpiente agresora; esta información es muy relevante para el tratamiento, marque según corresponda. Si desconoce el nombre del agente señale la opción sin identificar | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. Si seleccionó la opción 6= Otra debe escribir cuál otro género | SI |
| 5.11 Agente agresor, nombre común | En cada región se encuentran diferentes nombres comunes para las serpientes, indague la información al paciente o los acompañantes y marque según corresponda | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. Si seleccionó la opción 15= Otra debe escribir cuál otro nombre común fue mencionado | SI |
| 6. CUADRO CLÍNICO | | | |
| 6.1 Manifestaciones locales | Variable con múltiples opciones de respuesta. Marque con una X los signos clínicos presentes en la zona de la mordedura. Flictena: Gran ampolla causada por la acumulación de líquido Parestesias/hipoestesias: sensación de hormigueo asociado a disminución de sensibilidad de la piel | Variable que tiene como opciones de respuesta 1 = Si, 2 = No. Indique en el sistema en cada opción el criterio según corresponda. Si seleccionó la opción Otra debe escribir cuál otra manifestación local se presentó | SI |
| 6.2 Manifestaciones sistémicas | Variable con múltiples opciones de respuesta. Marque con una X los signos clínicos presentes en la zona de la mordedura | Variable que tiene como opciones de respuesta 1 = Si, 2 = No. Indique en el sistema en cada opción el criterio según corresponda. Si seleccionó la opción Otra debe escribir cuál otra manifestación sistémica se presentó | SI |
| 6.3 Complicaciones locales | Variable con múltiples opciones de respuesta. Marque con una X los signos clínicos presentes en la zona de la mordedura Mionecrosis: Necrosis del músculo Fasceitis: infección aguda que se extiende por el tejido celular subcutáneo y la fascia, produciendo una rápida necrosis tisular. | Variable que tiene como opciones de respuesta 1 = Si, 2 = No. Indique en el sistema en cada opción el criterio según corresponda. Si seleccionó la opción 6= Otra debe escribir cuál otra complicación local se presentó | SI |
| 6.4 Complicaciones sistémicas | Variable con múltiples opciones de respuesta. Tenga en cuenta que se relaciona con las complicaciones que pueden generarse en los casos que sufrieron el accidente. IRA: Insuficiencia renal aguda CID: Coagulación Intravascular Diseminada | Variable que tiene como opciones de respuesta 1 = Si, 2 = No. Indique en el sistema en cada opción el criterio según corresponda. Si seleccionó la opción 6= Otra debe escribir cuál otra complicación sistémica se presentó | SI |
| 6.5 Gravedad del accidente | Teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas locales y sistémicas, así como las complicaciones, más los resultados de las pruebas de laboratorio en el caso de estar disponibles, debe clasificar el accidente en leve, moderado y grave lo cual determinará el manejo específico | Diligencie la variable según la opción de respuesta, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. | SI |

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS
ACCIDENTE OFÍDICO (Cód INS: 100)**

| VARIABLE | CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN | CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN | OBLIG |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 7. ATENCIÓN HOSPITALARIA | | | |
| A. Tratamiento específico (suero antiofídico) | | | |
| 7.1 ¿Empleó suero? | El manejo específico para el accidente ofídico es el suero antiofídico, marque con una X si ordena o no el uso del suero | Variable que tiene como opciones de respuesta 1 = Si, 2 = No. Diligencie la variable según la opción de respuesta, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. | SI |
| 7.2 Tiempo transcurrido | Registre el tiempo en días u horas desde que ocurrió la mordedura hasta el inicio del suero antiofídico | Variable que debe ser diligenciada en formato hora militar. Depende de la variable 7.1 ¿Empleó suero? Opción 1 = Si | NO |
| 7.3 Tipo de suero antiofídico | Verifique que tipo de suero se encuentra en la IPS y seleccione de las dos opciones cuál va a emplear en este caso, marque con una X: 1 = Antiofídico polivalente 2 = Anti-coral | Variable que depende de la variable 7.1 ¿Empleó suero? Opción 1 = Si | NO |
| 7.4 Fabricante | En caso de emplear suero antiofídico, seleccione el fabricante marcando con una X una de las siguientes opciones: 1= Probiol 2= Bioclon 3= INS (Instituto Nacional de Salud) 4= Otro | Variable que depende de la variable 7.1 ¿Empleó suero? | NO |
| 7.4.1 ¿Cuál? | En caso de seleccionar la opción 4=Otro en la pregunta 7.4, ingrese el nombre del fabricante del suero antiofídico | Variable que depende de la variable 7.4 ¿Cuál? | NO |
| 7.4.2 Lote | Detalle el lote de fabricación que aparece registrado en el suero antiofídico empleado. | Variable que depende de la variable 7.1 ¿Empleó suero? | NO |
| 7.5 Reacciones a la aplicación del suero | Tras la administración del suero, verifique si el paciente presentó alguna reacción y marque con X la opción según corresponda.: 1 = Ninguna 2 = Localizada 3 = Generalizada | Variable que depende de la variable 7.1 ¿Empleó suero? Opción 1 = Si | NO |
| 7.6 Dosis de suero (ampollas) | Escriba la cantidad total de ampollas de suero empleadas para el manejo de este paciente en su institución. | Variable que depende de la variable 7.1 ¿Empleó suero? Opción 1 = Si | NO |
| 7.7 Tiempo de administración del suero | Corresponde al tiempo transcurrido desde el inicio de la aplicación del suero antiofídico hasta la terminación del mismo en su institución | Se debe diligenciar el espacio para horas y para minutos Depende de la variable 7.1 ¿Empleó suero? Opción 1 = Si | NO |
| 7.8 ¿Remitido a otra institución? | Diligencie esta variable marcando Si en el caso que usted remita al paciente a otra institución, o NO en el caso que el paciente reciba todo el tratamiento en su institución | Diligencie la variable según la opción de respuesta, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. | SI |
| B. Otros tratamientos médicos | | | |
| 7.9 Tratamiento quirúrgico | Marque 1 (Si), en el caso que el paciente haya sido intervenido quirúrgicamente a causa del accidente y 2 (No) en el caso contrario | Diligencie la variable según la opción de respuesta, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. | SI |
| 7.10 Tipo de tratamiento quirúrgico | Variable con múltiples opciones de respuesta. Seleccione cuales procedimientos se realizaron para el manejo del paciente | Variable que se activa dependiendo de la respuesta en la variable 7.8 opción 1 = Si | NO |