

Accidente ofídico código 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-R02.0000-035 v:04 AÑO 2015

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		

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"/> 01. Recreación <input type="radio"/> 03. Oficios domésticos <input type="radio"/> 06. Actividad acuática <input type="radio"/> 08. Caminar por senderos abiertos 5.3.1 ¿Cuál otro? _____ <input type="radio"/> 02. Agricultura <input type="radio"/> 05. Recolección de desechos <input type="radio"/> 07. Otro <input type="radio"/> 09. Caminar por 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 <input type="radio"/> 9. Succión mecánica <input type="radio"/> 2. Punción <input type="radio"/> 4. Torniquete <input type="radio"/> 6. Inmovilización del miembro <input type="radio"/> 8. Succión bucal 5.4.1 ¿Cuál otro? _____		
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 5.5.1 ¿Cuál otro? _____ <input type="radio"/> 2. Rezos <input type="radio"/> 4. Ninguno		
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"/> 9. Genitales <input type="radio"/> 10. Glúteos		
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 5.10.1 ¿Cuál _____		
5.11 Agente agresor, nombre común		
<input type="radio"/> 1. Mapaná <input type="radio"/> 5. Rabo de chucha <input type="radio"/> 9. Veintricuatro <input type="radio"/> 13. Coral <input type="radio"/> 17. Desconocido 5.11.1 ¿Cuál otro? _____ <input type="radio"/> 2. Equis <input type="radio"/> 6. Verrugosa o rieca <input type="radio"/> 10. Jergón <input type="radio"/> 14. Boca dorada <input type="radio"/> 3. Cuatro narices <input type="radio"/> 7. Víbora de pestaña <input type="radio"/> 11. Jararacá <input type="radio"/> 15. Otro <input type="radio"/> 4. Cabeza de candado <input type="radio"/> 8. Rabo de ají <input type="radio"/> 12. Cascabel <input type="radio"/> 16. Patoco/patoquilla		

6. CUADRO CLÍNICO

6.1 Manifestaciones locales (marque con una X las que se presenten)	
<input type="checkbox"/> 1. Edema <input type="checkbox"/> 2. Dolor <input type="checkbox"/> 3. Eritema <input type="checkbox"/> 4. Flictenas <input type="checkbox"/> 5. Parestesias/hipoestesias <input type="checkbox"/> 6. Equimosis <input type="checkbox"/> 7. Hematomas <input type="checkbox"/> 8 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"/> Vómito <input type="checkbox"/> Sialorrea <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Hipotensión <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Fascies neurotóxica <input type="checkbox"/> Alteraciones de la visión <input type="checkbox"/> Alteración sensorial <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Oliguria <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/> Gingivorragia <input type="checkbox"/> Hematemesis <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Hematoquexia <input type="checkbox"/> Vértigo <input type="checkbox"/> Ptosis palpebral <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Otro 6.2.1 ¿Cuál otro? _____	
6.3 Complicaciones locales (marque con una X las que se presenten)	
<input type="checkbox"/> 1. Celulitis <input type="checkbox"/> 2. Absceso <input type="checkbox"/> 3. Necrosis <input type="checkbox"/> 4. Mionecrosis <input type="checkbox"/> 5. Fasceitis <input type="checkbox"/> 7. Alteraciones en la circulación/perfusión <input type="checkbox"/> 6. Otro 6.3.1 ¿Cuál otro? _____	
6.4 Complicaciones sistémicas	
<input type="checkbox"/> 1. Anemia aguda severa <input type="checkbox"/> 2. Shock hipovolémico <input type="checkbox"/> 3. Shock séptico <input type="checkbox"/> 4. IRA <input type="checkbox"/> 5. CID <input type="checkbox"/> 7. HSA <input type="checkbox"/> 8. Edema cerebral <input type="checkbox"/> 9. Falla ventilatoria <input type="checkbox"/> 10. Coma <input type="checkbox"/> 6. Otro 6.4.1 ¿Cuál otro? _____	
6.5 Gravedad del accidente	
<input type="radio"/> 1. Leve <input type="radio"/> 2. Moderado <input type="radio"/> 3. Grave	

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 Días <input type="text"/> Horas <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Antiofídico polivalente (Bothrópico, Lachésico, Crotálico) <input type="checkbox"/> 2 Antiofídico monovalente <input type="checkbox"/> 3 Anti-coral	
7.4 Reacciones a la aplicación del suero	7.5 Dosis de suero (ampollas)	7.6 Tiempo de administración de suero	7.7 ¿Remitido a otra institución?
<input type="radio"/> 1. Ninguna <input type="radio"/> 3. Generalizada <input type="radio"/> 2. Localizada	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 Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No

B. Otros tratamientos médicos		
7.8. Tratamiento quirúrgico	7.9. Tipo de tratamiento quirúrgico	
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<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 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	* Se relaciona con el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que está siendo notificado. Diligencie una sola opción en esta variable.	* 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.		NO
5.3 Actividad que se realizaba en el momento del accidente	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Recreación 2 = Agricultura 3 = Oficios domésticos 5 = Recolección de desechos 6 = Actividad acuática 8 = Caminar por senderos abiertos 9 = Caminar por 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	En la ficha se enlistan opciones que corresponden al 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.	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 1, 2, 3, 4 ó 5=Otra	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.		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, marque según corresponda 1 = Si 2 = No	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá contiuar 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	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	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 y síntomas que se presentaron luego del accidente	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 las complicaciones que se ha presentado en el sitio 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 6= Otra debe escribir cuál otra complicación local se presentó	SI
6.4 Complicaciones sistémicas	Variable con múltiples opciones de respuesta .Marque con una X las alteraciones sistémicas que han complicado el cuadro clínico	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
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	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	El es 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 tres opciones cuál va a emplear en este caso, marque con una X: 1 = Antiofídico polivalente 2 = Antiofídico monovalente 3 = Anti-coral	Variable que depende de la variable 7.1 ¿Empleó suero? Opción 1 = Si	NO
7.4 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
7.5 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
7.6 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
7.7 ¿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			
7.8 Tratamiento quirúrgico	Marque Si, en el caso que el paciente haya sido intervenido quirúrgicamente a causa del accidente y 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
7.9 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