

Tétanos neonatal código INS 770

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS FOR-R02.0000-027 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. 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 prenatales a los que asistió	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 DPT	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 de vacunación antitetánica? <input type="radio"/> 1. Casa <input type="radio"/> 2. Institución de salud	9.2 ¿Cuál institución?			
9.3 Fecha de ingreso al parto (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]	9.4 Fecha de egreso postparto (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]	9.5 Marque con una X quién atendió al parto <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Partera no complementada <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Auxiliar <input type="radio"/> Sola <input type="radio"/> Promotora <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Partera complementada		
9.6 ¿ Que instrumento fue utilizado para cortar el cordón umbilical?		9.9.1 ¿Cuál sustancia ?		
9.7 Método de esterilización / desinfección del instrumento		9.9 ¿Se aplicaron sustancias en el muñón umbilical? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		
9.8 ¿ Recibió información sobre cuidados del muñón umbilical? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		9.9.1 ¿Cuál sustancia ?		
9.10 Distancia en minutos de la vivienda del paciente al organismo de salud más cercano				

10. MEDIDAS DE CONTROL

10.1 Investigación de campo (dd/mm/aaa) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ]	10.2 Fecha de la vacunación (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]	10.3 Dosis de Td1 aplicada MEF [ ][ ] GESTANTES [ ][ ]	10.4 Dosis de Td 2 aplicada MEF [ ][ ] GESTANTES [ ][ ]	10.5 Dosis de TD 3 aplicada MEF [ ][ ] GESTANTES [ ][ ]
10.6 Dosis de TD 4 aplicada MEF [ ][ ] GESTANTES [ ][ ]	10.7 Dosis de TD 5 aplicada MEF [ ][ ] GESTANTES [ ][ ]	10.8 Cobertura		
Responsable (nombres y apellidos)			Fecha de diligenciamiento del control (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]	

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS**  
**Tétanos Neonatal (Cod INS: 770)**

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
<b>RELACION CON DATOS BÁSICOS</b>			
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.	<b>SI</b>
<b>5. INFORMACIÓN GENERAL</b>			
5.1 Nombre de la madre	Anote el nombre completo de la madre del recién nacido.	Si no es diligenciada, no puede continuar con la sistematización.	<b>SI</b>
5.2 Edad de la madre	Anote la edad de la madre del recién nacido.	Tenga precaución en el diligenciamiento de la edad de la madre, debido a que el sistema no tiene validación alguna que impida ingresar edades que NO correspondan. Por ej, madre de 5 años de edad.	<b>SI</b>
5.3 ¿Llanto al nacer? 5.4 ¿Mamada oral al nacer? 5.5 ¿Dejó de mamar? 5.7 ¿Hipertemia?	Indague a la madre sobre la presencia de llanto al momento del nacimiento del menor relacionado con el caso. 1 = Si 2 = No	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	<b>SI</b>
5.6 ¿En qué fecha?	Anote la fecha en la que el recién nacido dejó de "mamar".	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	<b>NO</b>
<b>6. DATOS CLÍNICOS</b>			
6.1 a 6.9	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si 2 = No	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	<b>SI</b>
<b>7. FACTORES DE RIESGO GESTACIONAL</b>			
7.1 Número de embarazos con el del caso	Verifique e la Historia Clínica materna, el número de embarazos (nacidos o vivos) que ha tenido la madre incluyendo el embarazo del caso.	Tenga precaución con el diligenciamiento de la variable, teniendo en cuenta que el sistema no tiene validaciones que permitan un rango máximo.	<b>SI</b>
7.2 ¿Asistió a control prenatal?	Marque con una X según corresponda. Verifique en la Histotia Clínica materna la información relacionada con la asistencia a controles prenatales durante el embarazo relacionado con el caso. 1 = Si 2 = No	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	<b>SI</b>
7.3 Si marcó NO, explique por qué no asistió al control prenatal	Si no hay evidencia de asistencia a controles prenatales, escriba la justificación de dá la madre sobre la NO asistecia.	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	
<b>Si en la opción 7.2 respondió SI, diligencie los siguientes campos (7.4): Indague en la historia clínica materna o a la madre del menor, acerca del personal de la salud que atendió el control prenatal de la madre del caso.</b>			
¿Atendido por el médico? ¿Atendido por el enfermero/a? ¿Atendido por auxiliar? ¿Atendido por pormotor/a?	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si: Fue el enfermero/a quien atendió. 2 = No	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	<b>NO</b>
¿Atendido por otro?	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si: Fue otro quien atendio. 2 = No	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	<b>NO</b>
Si marcó otro, quién	Si en la opción anterior marcó Si, mencione quién atendió el parto.		<b>NO</b>
7.5 Número de controles prenatales a los que asistió	Si en la variable 7.2 marcó Si, indague en la historia clínica materna o a la madre del menor, el número de controles prenatales a los que asisitio.	Los números de controles se relaciona con el embarazo actual, o el relacionado con el caso.	<b>NO</b>
7.6 Último control prenatal	Formato fecha día/mes/año. Indague en la historia clínica materna o a la madre, la fecha del último control prenatal al que asistió.	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	<b>NO</b>
7.7 ¿Vivió la madre en el mismo lugar durante el embarazo?	Marque con una X la opción según corresponda. Indague a la madre sobre el lugar donde vivió durante el embarazo. 1 = Si 2 = No	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	<b>SI</b>
7.8 En caso negativo ¿en qué municipio?	Si en la variable 7.7 respondió que No, indague sobre el Departamento y Municipio en el que vivió durante el embarazo. Si evidencia varios movimientos, anote el lugar donde residió el último trimestre.	Anote el Municipio en el que residió la madre durante el embarazo.	<b>NO</b>
<b>8. ANTECEDENTES VACUNALES</b>			

8.1 ¿Antecedentes de vacunación antitetánica?	<p>Marque con una X según corresponda.</p> <p>Indague en la historia clínica materna sobre el antecedente de vacunación antitetánica de la madre. Si no se encuentra la información solicite a la madre el carné de vacunación y verifique. De lo contrario indague a la madre si recibió dicha vacuna.</p> <p>1 = Si 2 = No</p>	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	SI
8.2 Número de dosis DPT	<p>Indague en la historia clínica materna o a la madre del recién nacido, sobre el número de dosis que recibió de la vacuna DPT. Tenga en cuenta que la vacuna está distribuida en tres dosis y dos refuerzos para un total de 5 dosis</p>	Tenga en cuenta que el sistema no tiene validaciones donde se limite el número de dosis recibidas. Por tal motivo se recomienda tener claro el total de dosis recibidas.	NO
8.3 Si marcó NO explique por qué no recibió la vacuna	Si en la variable 8.1 respondió la opción No, explique los motivos por los cuales no recibió la vacuna.		NO
8.4 Fecha de la dosis 1	<p>Formato fecha día/mes/año.</p> <p>Indague en la historia clínica materna o a la madre, la fecha en la que recibió la primera dosis.</p>	Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si.	NO
8.5 Fecha de la dosis 2	<p>Formato fecha día/mes/año.</p> <p>Indague en la historia clínica materna o a la madre, la fecha en la que recibió la segunda dosis.</p>	Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si.	NO
8.6 Fecha de la dosis 3	<p>Formato fecha día/mes/año.</p> <p>Indague en la historia clínica materna o a la madre, la fecha en la que recibió la tercera dosis.</p>	Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si.	NO
8.7 Fecha de la dosis 4	<p>Formato fecha día/mes/año.</p> <p>Indague en la historia clínica materna o a la madre, la fecha en la que recibió la cuarta dosis.</p>	Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si.	NO
<b>9. FACTORES DE RIESGO</b>			
9.1 Lugar de vacunación antitetánica	<p>Marque con una X la opción según corresponda.</p> <p>Indague sobre el lugar en el que recibió la vacuna.</p> <p>1 = Casa. Vacunación domiciliaria, generalmente realizada durante las jornadas de vacunación.</p> <p>2 = Institución de salud. Tenga en cuenta que los puntos de vacunación de las Entidades Sociales del Estado, se toman como instituciones de salud.</p>	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	SI
9.2 ¿Cuál institución?	Si en la variable 9.1 marcó la opción 2, anote la institución en la que se realizó la vacunación.		
9.3 Fecha de ingreso al parto	<p>Formato día/mes/año.</p> <p>Anote la fecha en la que la madre ingresó al trabajo de parto.</p>	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	NO
9.4 Fecha de egreso postparto	<p>Formato día/mes/año.</p> <p>Anote la fecha en la que la madre egresó del postparto.</p>	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	NO
9.5 Marque con una X quién atendió el parto	Indique quién atendió el parto.	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	SI
9.6 ¿Qué instrumento fue utilizado para cortar el cordón umbilical?	Anote el instrumento utilizado para cortar el cordón umbilical. Si el parto fue institucional, indague en la historia clínica materna. De lo contrario indague a la madre acerca del instrumental utilizado.	Anote claramente el instrumento, debido a que el sistema no tiene validaciones para seleccionar el instrumento.	NO
9.7 Método de esterilización/desinfección del instrumento	Anote el método utilizado para hacer desinfección/esterilización del instrumento con el que fue cortado el cordón umbilical.	Anote claramente el instrumento, debido a que el sistema no tiene validaciones para seleccionar el instrumento.	NO
9.8 ¿Recibió información sobre cuidados del muñón umbilical?	<p>Indague a la madre si conoce información sobre los cuidados que se deben tener del muñón umbilical.</p> <p>1 = Si 2 = No</p>	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	SI
9.9 ¿Se aplicaron sustancias en el muñón umbilical?	<p>Marque con una X la opción según corresponda.</p> <p>Indague a la madre sobre la aplicación de algún tipo de sustancia en el muñón umbilical.</p> <p>1 = Si 2 = No</p>	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	SI
9.9.1 ¿Cuál sustancia?	Si en la variable 9.9 respondió la opción 1, anote el nombre de la sustancia aplicada en el muñón umbilical del recién nacido.	Si no son diligenciadas, no puede continuar con la sistematización.	NO
9.10 Distancia en minutos de la vivienda del paciente al organismo de salud más cercano	Indague a la madre acerca de la distancia en minutos que existe entre el lugar de residencia y la institución prestadora de servicios de salud más cercano.		SI
<b>10. MEDIDAS DE CONTROL:</b> Este espacio está destinado para incluir la información relacionada con las medidas de control que se derivan de la identificación de un caso de Tétanos Neonatal. Tenga en cuenta que la información allí diligenciada debe relacionarse con las acciones de vacunación e investigación epidemiológica de campo desarrolladas en el sector identificado como de riesgo.			

10.1 Investigación de campo	Formato día/mes/año. Anote la fecha en la que se realizó la visita epidemiológica de campo.	Variable de seguimiento municipal para ajuste. La variable no debe aceptar valores inferiores a la fecha de consulta.	NO
10.2 Fecha de vacunación	Formato día/mes/año. Anote la fecha en la que se realizó la vacunación a la madre del caso notificado.	Variable de seguimiento municipal para ajuste. La variable no debe aceptar valores inferiores a la fecha de investigación de campo.	NO
10.3 Dosis de Td1 aplicada	Diligencie el valor de personas vacunadas con la <b>primera</b> dosis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): Anote el número de MEF vacunadas en el barrio. GESTANTES: Anote el número de gestantes vacunadas en el barrio.	Variable de seguimiento municipal para ajuste.	NO
10.4 Dosis de Td 2 aplicada	Diligencie el valor de personas vacunadas con la <b>segunda</b> dosis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): Anote el número de MEF vacunadas en el barrio. GESTANTES: Anote el número de gestantes vacunadas en el barrio.	Variable de seguimiento municipal para ajuste.	NO
10.5 Dosis de Td 3 aplicada	Diligencie el valor de personas vacunadas con la <b>tercera</b> dosis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): Anote el número de MEF vacunadas en el barrio. GESTANTES: Anote el número de gestantes vacunadas en el barrio.	Variable de seguimiento municipal para ajuste.	NO
10.6 Dosis de Td 4 aplicada	Diligencie el valor de personas vacunadas con la <b>cuarta</b> dosis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): Anote el número de MEF vacunadas en el barrio. GESTANTES: Anote el número de gestantes vacunadas en el barrio.	Variable de seguimiento municipal para ajuste.	NO
10.7 Dosis de Td 5 aplicada	Diligencie el valor de personas vacunadas con la <b>quinta</b> dosis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): Anote el número de MEF vacunadas en el barrio. GESTANTES: Anote el número de gestantes vacunadas en el barrio.	Variable de seguimiento municipal para ajuste.	NO
10.8 Cobertura	Ingrese el valor de la cobertura de vacunación alcanzada.		