

Tétanos neonatal código INS 770

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS			FOR-R02.0000-027 V:05 AÑO 2016		
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. Hipertemía? <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 Sí marcó no, explique porqué no asistió a control prenatal			
Si en la pregunta 7.2 marcó si, 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 TdaP ó TD	8.3 Si marcó no, explique porqué no recibió la vacuna			
8.4 Fecha de la dosis 1 (dd/mm/aaaa) TD1 [][]/[][]/[][][][]	8.5 Fecha de la dosis 2 (dd/mm/aaaa) TD2 [][]/[][]/[][][][]	8.6 Fecha de la dosis 3 (dd/mm/aaaa) TD3 [][]/[][]/[][][][]	8.7 Fecha de la dosis 4 (dd/mm/aaaa) TD4 [][]/[][]/[][][][]		
9. FACTORES DE RIESGO					
9.1 ¿Lugar del parto? <input type="radio"/> 1. Casa <input type="radio"/> 2. Institución de salud	9.2 ¿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?					
9.7 Método de esterilización / desinfección del instrumento					
9.8 ¿ Recibió información sobre cuidados del muñón umbilical? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No					
9.9 ¿Se aplicaron sustancias en el 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	CATEGORIAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
RELACION CON DATOS BÁSICOS			
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. INFORMACIÓN GENERAL			
5.1 Nombre de la madre	escriba el nombre completo de la madre del recién nacido.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	SI
5.2 Edad de la madre	escriba 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.	SI
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 e caso.	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	SI
5.6 ¿En qué fecha?	escriba la fecha en la que el recién nacido dejó de "mamar".	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización. Depende de la respuesta "1.SI" en la variable 5.5	NO
6. DATOS CLÍNICOS			
6.1 a 6.9	Marque con una X la opción según corresponda.	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	SI
7. FACTORES DE RIESGO GESTACIONAL			
7.1 Número de embarazos con el del caso	Verifique en 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.	SI
7.2 ¿Asistió a control prenatal?	Marque con una X según corresponda. Verifique en la Historia Clínica materna la información relacionada con la asistencia a controles prenatales durante el embarazo relacionado con el caso.	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	SI
7.3 Si marcó NO, explique por qué no asistió a control prenatal	Si no hay evidencia de asistencia a controles prenatales, escriba la justificación que dá la madre sobre la NO asistencia.	Depende de la respuesta en la variable 7.2, opción 1 = SI.	NO
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.			
¿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	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	NO
¿Atendido por otro?	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si; Fue otro quien atendió.	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	NO
Si marcó otro, quién	Si en la opción anterior marcó Si, mencione quién atendió el parto.		NO
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 asistió.	El número de controles se relaciona con el embarazo actual, o el relacionado con el caso.	NO
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.	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	NO
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	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	SI
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, escriba el lugar donde residió el último trimestre.	escriba el Municipio en el que residió la madre durante el embarazo.	NO
8. ANTECEDENTES VACUNALES			
8.1 ¿Antecedentes de vacunación antitetánica?	Marque con una X según corresponda. 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.	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	SI
8.2 Número de dosis TdaP ó TD	Indague en la historia clínica materna o a la madre del recién nacido, sobre el número de dosis que recibió de la vacuna TdaP ó TD. Tenga en cuenta que la vacuna está distribuida en tres dosis y dos refuerzos para un total de 5 dosis	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 a 8.7 Fechas de la dosis	Formato fecha día/mes/año. Indague en la historia clínica materna o a la madre, la fecha en la que recibió la primera dosis.	Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = SI.	NO
9. FACTORES DE RIESGO			
9.1 Lugar de parto	Marque con una X la opción según corresponda. Indague sobre el lugar en el que ocurrió el parto	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	SI
9.2 ¿Cuál institución?	Si en la variable 9.1 marcó la opción 2, escriba la institución en la que se realizó la atención del parto		
9.3 Fecha de ingreso al parto	Formato día/mes/año. escriba la fecha en la que la madre ingresó al trabajo de parto.	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	NO
9.4 Fecha de egreso postparto	Formato día/mes/año. escriba la fecha en la que la madre egresó del postparto.	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	NO
9.5 Marque con una X quién atendió el parto	Indique quién atendió el parto.	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	SI
9.6 ¿Qué instrumento fue utilizado para cortar el cordón umbilical?	escriba 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.	escriba claramente el instrumento, debido a que el sistema no tiene validaciones para seleccionar el instrumento.	NO
9.7 Método de esterilización/desinfección del instrumento	escriba el método utilizado para hacer desinfección/esterilización del instrumento con el que fue cortado el cordón umbilical.	escriba claramente el método, debido a que el sistema no tiene validaciones para su selección.	NO
9.8 ¿Recibió información sobre cuidados del muñón umbilical?	Indague a la madre si conoce información sobre los cuidados que se deben tener del muñón umbilical.	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	SI
9.9 ¿Se aplicaron sustancias en el muñón umbilical?	Marque con una X la opción según corresponda. Indague a la madre sobre la aplicación de algún tipo de sustancia en el muñón umbilical.	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	SI
9.9.1 ¿Cuál sustancia?	Si en la variable 9.9 respondió la opción 1, escriba el nombre de la sustancia aplicada en el muñón umbilical del recién nacido.	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá 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.	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	SI
10. MEDIDAS DE CONTROL: 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. escriba 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. escriba 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 primera dosis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): escriba el número de MEF vacunadas en el barrio. GESTANTES: escriba 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 segunda dosis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): escriba el número de MEF vacunadas en el barrio. GESTANTES: escriba 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 tercera dosis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): escriba el número de MEF vacunadas en el barrio. GESTANTES: escriba 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 cuarta dosis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): escriba el número de MEF vacunadas en el barrio. GESTANTES: escriba 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 quinta dosis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): escriba el número de MEF vacunadas en el barrio. GESTANTES: escriba 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.		