

RABIA HUMANA CÓDIGO INS:670

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-R02.0000-020 V:01 2018/02/02

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 DE LA AGRESIÓN O CONTACTO, DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Tipo de agresión o contacto <input type="radio"/> 1. Mordedura <input type="radio"/> 2. Arañazo o rasguño <input type="radio"/> 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva o baba infectada con virus rábico <input type="radio"/> 6. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rábico.		5.1.1 Si marco 1. mordedura, seleccione área <input type="radio"/> En área cubierta del cuerpo <input type="radio"/> En área descubierta del cuerpo	<input type="radio"/> 7. Inhalación en ambientes cargados o virus rábico (aerosoles) <input type="radio"/> 8. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rábico
5.2 ¿Agresión provocada? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.3. Tipo de lesión <input type="radio"/> 1. Única <input type="radio"/> 2. Múltiple	5.4 Profundidad <input type="radio"/> 1. Superficial <input type="radio"/> 2. Profunda	
5.5. Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) <input type="checkbox"/> 1. Cabeza, cara, cuello <input type="checkbox"/> 2. Manos, dedos <input type="checkbox"/> 3. Tronco <input type="checkbox"/> 4. Miembros superiores <input type="checkbox"/> 5. Miembros inferiores <input type="checkbox"/> 6. Pies, dedos <input type="checkbox"/> 7. Genitales externos			
5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) [][]-[][]-[][][][]	5.7 Especie agresora <input type="radio"/> 1. Perro <input type="radio"/> 2. Gato <input type="radio"/> 3. Bovino-Bufalino <input type="radio"/> 4. Equidos <input type="radio"/> 5. Porcino (cerdo) <input type="radio"/> 7. Murciélago <input type="radio"/> 8. Zorro <input type="radio"/> 9. Mico <input type="radio"/> 10. Humano <input type="radio"/> 12. Otros silvestres <input type="radio"/> 13. Ovino-Caprino <input type="radio"/> 14. Grandes roedores		
5.8 Animal vacunado <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	5.9 ¿Presentó carné de vacunación antirrábica? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa) [][]-[][]-[][][][]	
5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor:			
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor:		5.14 Teléfono	
5.13 Estado del animal al momento de la agresión o contacto <input type="radio"/> 1. Con signos de rabia <input type="radio"/> 2. Sin signos de rabia <input type="radio"/> 3. Desconocido	5.14 Estado del animal al momento de la consulta <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 3. Desconocido	5.15 Ubicación <input type="radio"/> 1. Observable <input type="radio"/> 2. Perdido	

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Antes de La consulta actual el paciente había recibido:

6.1 Suero antirrábico <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. No sabe	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa) [][]-[][]-[][][][]	6.3 Vacuna antirrábica <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. No sabe	6.4 Número de dosis [][][]	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa) [][]-[][]-[][][][]
--	---	---	---	---

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Ordenó suero antirrábico? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2 ¿Ordenó aplicación vacuna? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.3 ¿Ordenó aplicación de otros medicamentos? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
--	--	---

8. DATOS CLÍNICOS

<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Hiperoxia	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Paresias	<input type="checkbox"/> Parestesia	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Odinofabia
<input type="checkbox"/> Arreflexia	<input type="checkbox"/> Alucinación	<input type="checkbox"/> Fascies	<input type="checkbox"/> Sialorrea	<input type="checkbox"/> Aerofobia	<input type="checkbox"/> Hidrofobia	<input type="checkbox"/> Tranquilidad /excitación	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Hiperexit	<input type="checkbox"/> Agresividad	<input type="checkbox"/> Espasmos	<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Crisis respiratoria	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Paro respiratorio

9. DATOS DE LABORATORIO

8.1 ¿Información de laboratorio? <input type="radio"/> 1 Sí hay información de laboratorio <input type="radio"/> 2 No hay información de laboratorio	8.2 Prueba diagnóstica <input type="radio"/> 1. IFD <input type="radio"/> 2. Prueba Biológica <input type="radio"/> 3. Histopatología <input type="radio"/> 4. Inmunohistoquímica <input type="radio"/> 5 Titulación anticuerpos antirrabicos	8.3 Resultado <input type="radio"/> 1 Positivo <input type="radio"/> 2 Negativo <input type="radio"/> 3 Pendiente	8.4 Identificación a variante <input type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3. Pendiente
8.5 Variante identificada <input type="radio"/> 1 Uno <input type="radio"/> 2 Tres <input type="radio"/> 3 Cuatro <input type="radio"/> 4 Cinco <input type="radio"/> 5 Ocho <input type="radio"/> 6 Nueve <input type="radio"/> 7 Atípica <input type="radio"/> 8 Otra		8.6 Fecha Resultado (dd/mm/aaaa) [][]-[][]-[][][][]	
8.5.1 Otra Cuál? _____			

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS
RABIA HUMANA CÓDIGO INS:670**

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
A. Nombres y apellidos del paciente B. Tipo de ID C. Número de identificación	* Se relaciona los datos del paciente que está siendo notificado. Diligencie una sola opción en la variable B Tipo de ID	* El tipo de documento debe ser coincidente con la edad del paciente. * El nombre y el tipo y número de documento debe coincidir con la información ingresada en la ficha de datos básicos.	SI
5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO, DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN			
5.1 Tipo de agresión y contacto	Marque con una X según corresponda a: 1 Mordedura 2 Arañazo o rasguño 3 Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva o baba infectada con virus rábico 4 Contacto de mucosa o piel lesionada con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectada con virus rábico. 5 Inhalación en ambientes cargados con virus rábico (aerosoles) 6 Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rábico	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
5.2 ¿Agresión provocada?	Marque con una X la circunstancia en que ocurrió la lesión según corresponda: 1 Si 2 No	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
5.3 Tipo de lesión	Marque con una X la opción, según el número de heridas al momento de la agresión o contacto: 1 Única 2 Múltiple	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
5.4 Profundidad	Marque con una X la opción, según la profundidad de la(s) lesión(es) en el momento de la agresión 1 Superficial 2 Profunda	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
5.5 Localización anatómica	Seleccione la localización anatómica de la lesión. Tenga en cuenta que esta variable permite múltiples selecciones.	Diligencie la variable a partir de las opciones 1 = Si ó 2 = No, en cada una de las opciones que se encuentran en el sistema.	SI
5.6 Fecha de agresión o contacto	Escriba la fecha en que ocurrió la agresión o el contacto (dd/mm/aaaa)	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. Formato día-mes-año	SI
5.7 Especie agresora	Marque con una X la especie del animal agresor, según corresponda: 1 Perro 2 Gato 3 Bovino - Bufalino 4 Equinos 5 Porcino (cerdo) 7 Murciélago 8 Zorro 9 Mico 10 Humano 12 Otros silvestres 13 Ovino-Caprino 14 Grandes roedores	Quando se seleccionen las opciones 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13 y 14 se desactivarán las variables animal vacunado, fecha de vacunación y presentó carné de vacunación.	SI
5.8 Animal vacunado	Marque con una X si el animal agresor se encuentra o no vacunado, así: (aplica para animales domésticos): 1 Si 2 No 3 Desconocido	Depende de las respuestas seleccionadas en la variable 5.7, aplica para las especies 1 = Perro, 2 = Gato.	NO
5.9 ¿Presentó carné de vacunación?	Marque con una X si el animal agresor cuenta o no con carné de vacunación, así (aplica para animales domésticos): 1 Si 2 No	Depende de las respuestas seleccionadas en la variable 5.7, aplica para las especies 1 = Perro, 2 = Gato.	NO
5.10 Fecha de vacunación	Escriba la fecha de la última vacunación del animal domestico agresor (dd/mm/aaaa)	Depende de las respuestas seleccionadas en la variable 5.7, aplica para las especies 1 = Perro, 2 = Gato.Formato día-mes-año y de la variable 5.8 Animal vacunado	NO
5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor	Escriba el nombre completo del propietario o responsable del animal agresor, si se cuenta con esta información.		NO
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor	Escriba la dirección completa de la residencia o lugar de trabajo del propietario del animal, si se cuenta con esta información.		NO
5.13 Teléfono	Escriba el teléfono de contacto de la residencia o lugar de trabajo del propietario del animal agresor, si se cuenta con esta información.		NO
5.14 Estado del animal a momento de la agresión o contacto	Marque con una X la opción según corresponda: 1 Con signos de rabia 2 Sin signos de rabia 3 Desconocido *Tenga en cuenta que se relaciona con el estado de salud del animal al momento de la agresión (identificación de signos de rabia animal)	Diligencie la variable de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la información.	SI
5.15 Estado del animal al momento de la consulta	Marque con una X la opción según corresponda: 1 Vivo 2 Muerto 3 Desconocido *Tenga en cuenta que se relaciona con el estado de salud del animal al momento de la consulta (identificación de signos de rabia animal)	Diligencie la variable de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la información.	SI
5.16 Ubicación del animal agresor	Marque con una X la opción según corresponda. 1. Observable 2. Perdido *Tenga en cuenta que se relaciona con la ubicación del animal posterior a la agresión.	Diligencie la variable de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la información.	SI
6. ANTECEDENTE DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE: Antes del tratamiento actual, el paciente había recibido:			
Antes de la consulta actual el paciente había recibido:			
6.1 Suero antirrábico	Marque con una X si al momento de la agresión, el paciente se le suministro alguna vez suero antirrábico. 1 Si 2 No 3 No sabe	Diligencie la variable de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la información.	SI
6.2 Fecha de aplicación	Si marco SI en la opción 6.1, escriba la fecha de aplicación del suero antirrábico (dd/mm/aaaa)	Depende de la respuesta seleccionada en la variable 6.1 opción 1 = Si. Formato día-mes-año	NO
6.3 Vacuna antirrábica	Marque con una X si al momento de la agresión, si el paciente recibió vacunación antirrábica o no. 1 Si 2 No 3 No sabe	Diligencie la variable de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la información.	SI
6.4 Número de dosis	Si marco SI en la opción 6.3, anote el número de dosis recibidas de la vacuna antirrábica.	Depende de la respuesta seleccionada en la variable 6.3, opción 1 = Si.	NO
6.5 Fecha de última dosis	Si marco SI en la opción 6.3, escriba la fecha de aplicación de la última dosis (dd/mm/aaaa)	Depende de la respuesta seleccionada en la variable 6.3, opción 1 = Si.	NO
7. DATOS CLÍNICOS			
7.1 Datos clínicos	Marque con una X los signos y síntomas que presenta el paciente. Tenga en cuenta que esta variable permite múltiples selecciones.		SI
8. DATOS DE LABORATORIO			
8.1 Información de laboratorio	Marque con una X la opción según corresponda: 1 Si hay informacion de laboratorio. 2 No hay informacion de laboratorio.		SI
8.2 Prueba diagnóstica	Marque con una X la opción según corresponda: 1 IFD 2 Prueba Biológica 3 Histopatología 4 Inmunoquímica 5 Titulación anticuerpos antrrábicos * Tenga en cuenta que esta variable permite múltiples selecciones		SI
8.3 Resultado	Marque con una X la opción según corresponda con el resultado de laboratorio: 1 Positivo 2 Negativo 3 Pendiente		SI
8.4 Identificación de la variante	Marque con una X la opción según corresponda con el resultado de la variante: 1 Si 2 No 3 Pendiente		SI
8.5 Variante identificada	Marque con una X la opción según corresponda con el resultado de la variante: 1 Uno 3 Tres 4 Cuatro 5 Cinco 8 Ocho 9 Atípica 0 Otro * Si marcó la opción 0 Otro indique cuál en la variable 8.5.51		SI
8.6 Fecha de resultado	Escriba la fecha del resultado (dd/mm/aaaa)		SI