

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

Subsistema de información SIVIGILA FICHA DE NOTIFICACION



Tétanos neonatal código INS 770

A. Nombres y apellidos del paciente **RC : REGISTRO CIVIL T1 : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA - PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID **S. INFORMACIÓN GENERAL** 5.1 Nombre de la madre: 5.2 Edad de la madre 5.3 ¿Lianto al nacer? 5.4 ¿Mamaba normal al nacer? 5.5 ¿Dejo de mamar? 6.1 Sí O2. No 6. DATOS CLÍNICOS 6.1 ¿ Fontanela abombada? 6.2 ¿ Rigidez en la nuca? 6.3 ¿ Trismus? 6.4 ¿ Convulsiones? 6.5 ¿ Espasmos? 7.1 Sí O2. No 6.6 ¿ Contracciones? 6.7 ¿ Opistótonos? 6.8 ¿Lianto excesivo? 7.1 Sí O2. No 7. FACTORES DE RIESGO GESTACIONAL 7.1 Número de embarazos con el del 7.2 ¿Asistió a control prenatal? 7.3 Sí marcó no, explique porqué no asistió a control prenatal 201. Sí O2. No 7. Sí O2. No 7. Sí O2. No 8. Atendido por médico? 9. Atendido por enfermero (a) 9. Atendido por auxiliar? 9. Atendido por promotor (a)? 2. Atendido por otro? 9. Sí marco otro quién? 7.5 Número de controles prenatales a 7.6 Último control prenatal (dd/mm/aaaa) 7.7 A Vivió la madre en el mismo lugar durante el lembarazo? 9. Sí si madre o de controles prenatales a 7.6 Último control prenatal (dd/mm/aaaa) 7.7 A Vivió la madre en el mismo lugar durante el lembarazo? 9. Sí si madre o de controles prenatales a 7.8 Último control prenatal (dd/mm/aaaa)						
5.1 Nombre de la madre: 5.2 Edad de la madre 5.3 ¿Lianto al nacer? 5.4 ¿Mamaba normal al nacer? 5.5. ¿Dejo de mamar? 5.6 ¿En que fecha? (dd/mm/aaaa) 5.7. Hipertemia? 5.8 ¿En que fecha? (dd/mm/aaaa) 5.8 ¿En que fecha? (dd/mm/aaaa) 5.7. ¿Vivió la madre en el mismo lugar durante el embarazo?						
5.1 Nombre de la madre: 5.2 Edad de la madre 5.3 ¿Llanto al nacer? 5.4 ¿Mamaba normal al nacer? 5.5 ¿Dejo de mamar? 5.6 ¿En que fecha? (dd/mm/aaaa) 5.7 Hipertemia? 6.1 ¿Fontanela abombada? 6.2 ¿ Rigidez en la nuca? 6.3 ¿ Trismus? 6.1 ¿ Fontanela abombada? 6.2 ¿ Rigidez en la nuca? 6.3 ¿ Trismus? 6.4 ¿ Convulsiones? 6.5 ¿ Espasmos? 7.1 Si						
5.2 Edad de la madre 5.3 ¿Llanto al nacer? 5.4 ¿Mamaba normal al nacer? 5.5 ¿Dejo de mamar? 5.6 ¿En que fecha? (dd/mm/aaaa)						
5.7. Hipertemia? O1. Si O2. No						
5.7. Hipertemía? O1. Sí O2. No 6. DATOS CLÍNICOS 6.1 ¿ Fontanela abombada? O1. Sí O2. No						
6. DATOS CLÍNICOS 6.1 ¿ Fontanela abombada? O1. Sí O2. No 6.2 ¿ Rigidez en la nuca? O1. Sí O2. No O1. Sí O2. No 6.6 ¿ Contracciones? O1. Sí O2. No 6.7 ¿ Opistótonos? O1. Sí O2. No T. FACTORES DE RIESGO GESTACIONAL 7.1 Número de embarazos con el del caso O1. Sí O2. No T. Sí marcó no, explique porqué no asistió a control prenatal caso O1. Sí O2. No Si en la pregunta 7.2 marcó si, diligencie los siguientes campos (7.4) ¿Atendido por médico? O1. Sí O2. No						
6.1 ¿ Fontanela abombada? O1. Sí O2. No						
O1. Sí O2. No						
6.6 ¿ Contracciones? O1. Sí O2. No						
7. FACTORES DE RIESGO GESTACIONAL 7.1 Número de embarazos con el del caso 7.2 ¿Asistió a control prenatal? 7.3 Sí marcó no, explique porqué no asistió a control prenatal 7.3 Sí marcó no, explique porqué no asistió a control prenatal 7.3 Sí marcó no, explique porqué no asistió a control prenatal 8. Atendido por médico? 9. Atendido por enfermero (a) 9. Atendido por auxiliar? 9. Atendido por promotor (a) ? 2. Atendido por otro? 9. 1. Sí 9. 2. No 9. 1. Sí 9. 2. No 9. 2. No 9. 3. Sí marco otro quién? 7. 5 Número de controles prenatales a los que asistió 7. 5 Vivió la madre en el mismo lugar durante el embarazo?						
7. FACTORES DE RIESGO GESTACIONAL 7.1 Número de embarazos con el del caso 7.2 ¿Asistió a control prenatal?						
7.1 Número de embarazos con el del caso 7.2 ¿Asistió a control prenatal? 7.3 Sí marcó no, explique porqué no asistió a control prenatal 7.3 Sí marcó no, explique porqué no asistió a control prenatal 7.3 Sí marcó no, explique porqué no asistió a control prenatal 8.4 Explique porqué no asistió a control prenatal 8.5 Explique porqué no asistió a control prenatal 9.6 Éxplique porqué no asistió a control prenatal 9.7 Explique porqué no asistió a control prenatal 9.8 Explique porqué no asistió a control pren						
Si en la pregunta 7.2 marcó si, diligencie los siguientes campos (7.4) ¿Atendido por médico? O1. Sí O2. No						
¿Atendido por médico? O1. Sí O2. No O1. Sí O2. No O1. Sí O2. No ¿Atendido por enfermero (a) O1. Sí O2. No O1. Sí O2. No ¿Atendido por auxiliar? O1. Sí O2. No O1. Sí O2. No ¿Atendido por promotor (a)? ¿Atendido por promotor (a)? O1. Sí O2. No O1. Sí O2. No O1. Sí O2. No 7.5 Número de controles prenatales a los que asistió T.7 ¿ Vivió la madre en el mismo lugar durante el embarazo?						
O1. Sí O2. 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?						
7.5 Número de controles prenatales a los que asistió 7.7 ¿ Vivió la madre en el mismo lugar durante el embarazo?						
los que asistió embarazo?						
7.8 En caso negativo, ¿en qué municipio? Departamento Municipio						
8. ANTECEDENTES VACUNALES						
8.1 ¿Antecedentes de vacunación antitetánica? 8.2 Número de dosis DPT 8.3 Si marcó no, explique porqué no recibió la vacuna 8.6 Si marcó no, explique porqué no recibió la vacuna						
8.4 Fecha de la dosis 1 (dd/mm/aaaa) 8.5 Fecha de la dosis 2 (dd/mm/aaaa) 8.6 Fecha de la dosis 3 (dd/mm/aaaa) 8.7 Fecha de la dosis 4 (dd/mm/aaaa)						
TD1 TD2 TD3 TD4						
0. FACTORES DE RIESCO						
9. FACTORES DE RIESGO 9.1 ¿Lugar de vacunación antitetánica? 9.2 ¿Cuál institución?						
O1. Casa O2. Institución de salud						
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						
Médico O Partera no complementada						
9.6 ¿ Que instrumento fue utilizado para cortar el cordón umbilical?						
9.7 Método de esterilización / desinfección del instrumento						
O Promotora O Otro						
9.8 ¿ Recibió información sobre cuidados del muñón umbilical? O1. Sí O2. No O Partera complementada						
9.9 ¿Se aplicaron sustancias en el muñón umbilical? O1. Sí O2. 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 10.4 Dosis de Td 2 aplicada 10.5 Dosis de TD 3 aplicada MEF GESTANTES MEF GESTANTES						
10.6 Dosis de TD 4 aplicada 10.7 Dosis de TD 5 aplicada 10.8 Cobertura 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		
RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS					
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. INFORMACIÓN GENERAL					
5.1 Nombre de la madre	Anote el nombre completo de la madre del recién nacido.	Si no es diligeciada, no puede continuar con la sistematización.	SI		
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.	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 llando al momento del nacimiento del menor relacionado con el caso. 1 = Si 2 = No	Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización.	SI		
5.6 ¿En qué fecha?	Anote la fecha en la que el recién nacido dejó de "mamar".	Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización.	NO		
6. DATOS CLÍNICOS		Sistematización.			
6.1 a 6.9	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si 2 = No	Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización.	SI		
7. FACTORES DE RIESGO GESTACIONAL					
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.		SI		
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 diligeciadas, no puede continuar con la sistematización.	SI		
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 diligeciadas, no puede continuar con la sistematización.			
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 atendio. 2 = No	Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización.	NO		
¿Atendido por otro?	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si: Fue otro quien atendio. 2 = No	Si no son diligeciadas, no puede 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 asisitió.	Los números 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.	Si no son diligeciadas, no puede 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. 1 = Si 2 = No	Si no son diligeciadas, no puede 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, anote el lugar donde residió el último trimestre.	Anote el Municipio en el que residió la madre durante el embarazo.	NO		
8. ANTECEDENTES VACUNALES					

De la commanio indegue a la madre si nocibi diche vaccuna. 1 - S S 2 - No 2 - Nomero de dosla DFT Indique en la historia clinica materna o a la madre del recier Indique per que no recibida la Si cri la vinibida di la regiondi di la specia del si vinibida di la regiona del proposito del propo				
nación, sobre el número de dosis Que recibió de la vacana DPT. Tenga en countra que la vacana DPT. Tenga en countra que la vacana DPT. Tenga en countra que la vacana des distribución en tree costa y dos robuscos para un treba de 3 doses NO explique por qué no recibió la Si en la variable 8.1 respondis la opción No, explique los motivos para un treba de 3 doses 8.4 Fecha de la dosis 1 Se fecha de la dosis 1 Se fecha de la dosis 2 Se fecha de la dosis 3 Se fecha de la dosis 4 Se fecha de la dosis 3 Se fecha de la dosis 4 Se fecha de la dosis 4 Se fecha de la dosis 5 Se fecha de la dosis 4 Se fecha de la dosis 5 Se fecha de la dosis 4 Se fecha de la dosis 5 Se fecha de la dosis 6 Se fecha de la dosis	8.1 ¿Antecedentes de vacunación antitetánica?	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. 1 = Si	Si no son diligeciadas, no puede continuar con la	SI
Pomatio focha disimnessino. 8.4 Fecha de la dosis 1 Pomatio focha disimnessino. Indiague en la historia dinica materna o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. NO Pomatio focha disimnessino. Indiague en la historia dinica materna o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. NO Pomatio fecha disimnessino. Indiague en la historia dinica materna o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. NO Pomatio fecha diarmessino. Indiague en la historia dinica materna o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. NO Pomatio fecha diarmessino. Indiague en la historia dinica materna o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. NO Pomatio fecha diarmessino. Indiague en la historia dinica materna o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. NO Pomatio fecha diarmessino. Indiague en la historia dinica materna o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. NO PACTORES DE RIESGO Marque con una X la opción según corresponda. Indiague en de que recició la voca. 1 = Casa. Vacanuación del recipio de voca. 2 = Institución de selud. Tenga en queste que los puertos de la materna de vacanuación. 2 = Institución de selud. Tenga en queste que los puertos de la materna de vacanuación. 2 = Institución de selud. Tenga en queste que los puertos de la materna de vacanuación. 3 Fecha de ingreso al parto Pomatio diamessino. Arote la fecha en la que la mater la repotió del postopo, se toman como restructiones de salud. Pomatio diamessino. Arote la fecha en la que la materia ingreso al trabajo de parto. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. NO Pomatio diamessino. Arote la fecha en la que la materia egresó del postoparto. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. NO Pomatio diamessino de la mat	8.2 Número de dosis DPT	nacido, sobre el número de dósis que recibió de la vacuna DPT. Tenga en cuenta que la vacuna está distribuida en tres dosis y dos	se limite el número de dosis recibidas. Por tal motivo se	NO
indique en la historia clinica materna o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. 8.5 Fecha de la dosis 2 Formato fecha dialmesiaño. **No despue en la historia clinica materna o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. No despue en la historia clinica materna o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. No de la dosis 3 **Formato fecha dialmesiaño. **Indique en la historia clinica materna o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. No de la respuesta en la variable 8.1,				NO
Indiague en la historia clínica matema o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. No que recibió la segunda didis. 8.6 Fecha de la dosis 3 8.6 Fecha de la dosis 3 1. Formato fecha disimensiaño. 1. Indiague en la historia clínica matema o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. No Recha de la dosis 4 1. Formato fecha disimensiaño. 1. Indiague en la historia clínica matema o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. No Recha de la dosis 4 1. Formato fecha disimensiaño. 1. Indiague en la historia clínica matema o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. No Recha de la dosis 4 1. Formato fecha disimensiaño. 2. Formato fecha disimensiaño. 3. Formato distrincia en la que la madre a que recibió la vacura. 1. Casa Vacunación de salud. Tenga en cuenta que los purtos de vacunación de la granda de vacunación. 2. Entitudorio de salud. Tenga en cuenta que los purtos de vacunación de la purto distrincia de salud. Tenga en cuenta que los purtos de vacunación de la variable 9.1 marco la opción 2, anote la institución en la que la madre ingresó al trabajo de parto. 3. Formato distrinciaño. 4. Formato distrinciaño. 5. Formato distrinciaño. 5. Formato distrinciaño. 5. Formato distrinciaño. 6. Formato distrinci	8.4 Fecha de la dosis 1	Indague en la historia clínica materna o a la madre, la fecha en la	Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si.	NO
Indiague en la historia clínica materna o a la madre, la fecha en la cum presenta de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. NC que recibió la recrea daiss.	8.5 Fecha de la dosis 2	Indague en la historia clínica materna o a la madre, la fecha en la que recibió la segunda dósis.	Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si.	NO
Indaque en la historia clinica materna o a la madre, la fecha en la Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si. NO. 9. FACTORES DE RIESGO Marque con una X la opción según corresponda. Indegue sobre el lugar en el que recició la vacuna. 1 = Casa. Vacunación de la ferba en la generalmente realizada durante las jornadas de vacunación. 2 = Institución de salut. Tenga en quenta que los purtos de vacunación. 9.2 ¿Cuál institución? Si en la variable 9.1 marcó la opción 2, anote la institución en la que se realizó la vacunación. Anote la fecha en la que la madre ingresó al trabajo de parto. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. 9.3 Fecha de ingreso al parto Formato dia/mes/año. Anote la fecha en la que la madre egresó del postparto. 9.4 Fecha de egreso postparto Formato dia/mes/año. Anote la fecha en la que la madre egresó del postparto. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. NO 9.4 Fecha de egreso postparto Formato dia/mes/año. Anote la fecha en la que la madre egresó del postparto. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. No 9.5 Marque con una X quién atendió el parto Indique quién atendió el parto Indique quién atendió el parto Indique quién atendió el parto Anote el instrumento utilizado para cortar el corrión umbilical. Si al corrión umbilical? 9.7 Método de esterilización/desinfección del Anote el método utilizado para cortar el cordón umbilical. 1 = Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. No No No 1 por son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. No No 1 por son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. No No 1 por son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. No No 1 por son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. No No 1 por son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. No No 2 por metro de la metro de la metro de cordón umbilical. 1 por son diligeciadas, no puede c	8.6 Fecha de la dosis 3	Indague en la historia clínica materna o a la madre, la fecha en la que recibió la tercera dósis.	Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si.	NO
Marque con una X la opción según corresponda. Indague sobre el lugar en el que recició la vacuna. 1 = Casa. Vacunación domiciliaria, generalmente realizada durante las jornadas de vacunación. 2 = Institución de salud. Tenga en cuenta que los puntos de vacunación. 2 = Institución de salud. Tenga en cuenta que los puntos de vacunación. 3 = Institución de salud. Tenga en cuenta que los puntos de vacunación. 3 = Institución de salud. Tenga en cuenta que los puntos de vacunación. 3 = Institución de salud. Tenga en cuenta que los puntos de vacunación. 3 = Institución de salud. Tenga en cuenta que los puntos de vacunación. 3 = Institución el sa servica de la servica de la servica de la servica de vacunación. 3 = Institución el sa servica de la servica del instrumento de la sistematización. 5 = Institución en la que la madre egresó del postparto. 5 = Institución en la que la madre egresó del postparto. 5 = Institución en la que la madre egresó del postparto. 5 = Institución en la que la madre egresó del postparto. 5 = Institución en la que la madre egresó del postparto. 5 = Institución en la que la madre egresó del postparto. 5 = Institución en la que la madre egresó del postparto. 5 = Institución en la que la madre egresó del postparto. 5 = Institución en la que la sistema la sistematización. 6 = Institución en la que la sistema la sistema la sistematización. 7 = Institución en la que la sistema la sistema la sistematización. 8 = Institución en la que la sistema la sistema la sistema la sistema la la sistema la condita de la siste	8.7 Fecha de la dosis 4	Indague en la historia clínica materna o a la madre, la fecha en la	Depende de la respuesta en la variable 8.1, opción 1 = Si.	NO
Indiague sobre el lugar en el que recició la vacuna.	9. FACTORES DE RIESGO			
9.3 Fecha de ingreso al parto Formato día/mes/año. Anote la fecha en la que la madre ingresó al trabajo de parto. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. 9.4 Fecha de egreso postparto Formato día/mes/año. Anote la fecha en la que la madre egresó del postparto. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. 9.5 Marque con una X quién atendió el parto Indique quién atendió el parto. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. 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. 9.7 Método de esterilización/desinfección del instrumento con el que fue cortado el cordón umbilical. 9.8 ¿Recibió información sobre cuidados del se deben tener del muñón umbilical. 1 = Si 2 = No Marque con una X la opción según corresponda. Indague a la madre sobre la aplicación de algún tipo de sustancia en el muñón umbilical. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. NC NC NC NC NC NC NC NC NC N	9.1 Lugar de vacunación antitetánica	Indague sobre el lugar en el que recició la vacuna. 1 = Casa. Vacunación domiciliaria, generalmente realizada durante las jornadas de vacunación. 2 = Institución de salud. Tenga en cuenta que los puntos de vacunación de las Entidades Sociales del Estado, se toman como	si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización.	SI
Anote la fecha en la que la madre ingresó al trabajo de parto. 9.4 Fecha de egreso postparto Formato dia/mes/año. Anote la fecha en la que la madre egresó del postparto. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. 9.6 ¿Qué instrumento fue 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. 9.7 Método de esterilización/desinfección del Anote el metodo utilizado para hacer desinfección/esterilización del instrumento. 9.8 ¿Recibió información sobre cuidados del munión umbilical? Indague a la madre si conoce información sobre los cuidados que el sistema no tiene validaciones para seleccionar el instrumento. NC Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. NC NC NC NC NC NC NC NC NC Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistema no puede continuar con la sistema no tiene validaciones para seleccionar el instrumento. NC NC NC NC NC NC NC NC NC N	9.2 ¿Cuál institución?			
Anote la fecha en la que la madre egresó del postparto. 9.5 Marque con una X quién atendió el parto Indique quién atendió el parto. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. NC 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. 9.7 Método de esterilización/desinfección del instrumento con el que fue cortado el cordón umbilical. 9.8 ¿Recibió información sobre cuidados del munión umbilical? Indague a la madre si conoce información sobre los cuidados que se deben tener del munión umbilical. 9.9 ¿Se aplicaron sustancias en el munión indague a la madre sobre la aplicación de algún tipo de sustancia en el munión umbilical. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización.	9.3 Fecha de ingreso al parto			NO
9.6 ¿Qué instrumento fue utilizado para cortar el parto fue instrumento fue utilizado para cortar el parto fue instrumento utilizado para cortar el parto fue instrumento utilizado para cortar el parto fue instrumento utilizado para cortar el cordón umbilical. Si el parto fue instrumento utilizado para cortar el cordón umbilical. 9.7 Método de esterilización/desinfección del Anote el método utilizado para hacer desinfección/esterilización del instrumento el instrumento. 9.8 ¿Recibió información sobre cuidados del se deben tener del muñón umbilical. 1 = Si 2 = No 9.9 ¿Se aplicaron sustancias en el muñón umbilical. 9.8 aplicación sobre cuidados del se deben tener del muñón umbilical. 1 = Si 2 = No Si en la variable 9.9 respondió la poción 1 anote el pombre de la Si, no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización.	9.4 Fecha de egreso postparto			NO
parto fue instrumento rue utilizado para corrar el parto fue institucional, indague en la historia clínica materna. De lo contrario indague a la madre acerca del instrumental utilizado. 9.7 Método de esterilización/desinfección del instrumento con el que fue cortado el cordón umbilical. 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. Indague a la madre si conoce información sobre los cuidados que se deben tener del muñón umbilical. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización.	9.5 Marque con una X quién atendió el parto	Indique quién atendió el parto.		SI
instrumento instrumento con el que fue cortado el cordón umbilical. Itiene validaciones para seleccionar el instrumento. 9.8 ¿Recibió información sobre cuidados del se deben tener del muñón umbilical. 1 = Si 2 = No 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. 1 = Si 2 = No Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización.		parto fue institucional, indague en la historia clínica materna. De lo	Anote ciaramente el instrumento, debido a que el sistema no	NO
9.8 ¿Recibió información sobre cuidados del se deben tener del muñón umbilical. 1 = Si 2 = No Marque con una X la opción según corresponda. Indague a la madre sobre la aplicación de algún tipo de sustancia en el muñón umbilical? Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización. Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización.		·	·	NO
9.9 ¿Se aplicaron sustancias en el muñón umbilical? Indague a la madre sobre la aplicación de algún tipo de sustancia en el muñón umbilical. 1 = Si 2 = No Si en la variable 9.9 respondió la opción 1 anote el nombre de la Si no son diligeciadas, no puede continuar con la sistematización.		se deben tener del muñón umbilical. 1 = Si 2 = No	Si no son diligeciadas, no puede continuar con la	SI
Si en la variable 9.9 respondió la opción 1. anote el nombre de la Si no son diligeciadas, no puede continuar con la		Indague a la madre sobre la aplicación de algún tipo de sustancia en el muñón umbilical. 1 = Si		SI
9.9.1 ¿Cual sustancia? sustancia aplicada en el muñón umbilical del recién nacido. sistematización.	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.		NO
9.10 Distancia en minutos de la vivienda del Indague a la madre acerca de la distancia en minútos que existe entre el lugar de residencia y la institución prestadora de servicios de salud más cercano.		entre el lugar de residencia y la institución prestadora de servicios		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. 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 <u>primera</u> dósis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): Anote el número de MEF vacunadas en el barrido. GESTANTES: Anote el número de gestantes vacunadas en el barrido.	Variable de seguimiento municipal para ajuste.	NO
10.4 Dosis de Td 2 aplicada	Diligencie el valor de personas vacunadas con la <u>segunda</u> dósis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): Anote el número de MEF vacunadas en el barrido. GESTANTES: Anote el número de gestantes vacunadas en el barrido.	Variable de seguimiento municipal para ajuste.	NO
10.5 Dosis de Td 3 aplicada	Diligencie el valor de personas vacunadas con la <u>tercera</u> dósis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): Anote el número de MEF vacunadas en el barrido. GESTANTES: Anote el número de gestantes vacunadas en el barrido.	Variable de seguimiento municipal para ajuste.	NO
10.6 Dosis de Td 4 aplicada	Diligencie el valor de personas vacunadas con la <u>cuarta</u> dósis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): Anote el número de MEF vacunadas en el barrido. GESTANTES: Anote el número de gestantes vacunadas en el barrido.	Variable de seguimiento municipal para ajuste.	NO
10.7 Dosis de Td 5 aplicada	Diligencie el valor de personas vacunadas con la quinta dósis de la siguiente manera: MEF (Mujeres en Edad Fertil): Anote el número de MEF vacunadas en el barrido. GESTANTES: Anote el número de gestantes vacunadas en el barrido.	Variable de seguimiento municipal para ajuste.	NO
10.8 Cobertura	Ingrese el valor de la cobertura de vacunación alcanzada.		