



**INSTITUTO
DEPARTAMENTAL
DE SALUD**

NORTE DE SANTANDER

SALUD PUBLICA

Código: F-SP-VC39-01

**FICHA DE SEGUIMIENTO A INTOXICACIONES POR
SUSTANCIAS POTENCIALMENTE TÓXICAS
(NOTIFICACION INDIVIDUAL)**

**Fecha Aprobación:
22/12/14**

Versión: 01

Página 1 de 1

MUNICIPIO: _____

FECHA: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

TIPO DE IDENTIFICACION: _____ **NUMERO DE IDENTIFICACION:** _____ **EDAD:** _____

SEXO: F _____ M _____ **DIRECCION:** _____ **VEREDA** _____

TELEFONOS: _____ **CODIGO DEL EVENTO:** _____ **SEMANA EPIDEMIOLOGICA:** _____

TIPO DE EXPOSICION

OCUPACIONAL ACCIDENTAL INTENCIONAL SUICIDA INTENCIONAL HOMICIDA
 DELICTIVA DESCONOCIDA INTENCIONAL PSICOACTIVA/ADICCION AUTOMEDICACION/AUTOPRESCRIPCION

INFORMACION SOBRE LA SUSTANCIA QUIMICA

NOMBRE COMUN: _____

NOMBRE COMERCIAL: _____

CANTIDAD EMPLEADA: _____

TIPO DE USO: _____

¿COMO SE USÓ?: _____

FECHA EN LA QUE SE USÓ: _____

ESTABLECIMIENTO DONDE SE COMPRÓ LA SUSTANCIA: _____

SITIO DE EXPOSICION

- Trabajo: _____ Lugar: _____
 - Área agrícola _____ Actividad específica: _____
 - Área pecuaria _____ Actividad específica: _____
 - Taller pintura o similar _____ Actividad específica: _____
 - Otra _____ Cuál?: _____
- Casa: _____ Lugar: _____ Área rural: _____ Área urbana _____
- Área publica _____ Área rural: _____ Área urbana _____
 - Centro educativo: _____ Lugar: _____
 - Centro recreativo: _____ Lugar: _____
 - Vía pública: _____ Lugar: _____
 - Terminal de transporte: _____ Cuál?: _____
 - Medio de transporte: _____ Cuál?: _____
- Desconocido: _____
- Otra _____ Cuál? _____

SINTOMATOLOGIA DEL PACIENTE: _____

MUESTRAS TOMADAS:

BIOLOGICAS: _____ **AMBIENTALES:** _____

RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES _____

FIRMA DEL TÉCNICO

FIRMA QUIEN ATIENDE LA VISITA

- En caso de ser intencional suicida no se deben dar recomendaciones, sólo se debe indagar sobre la sustancia implicada y el lugar donde se compró la sustancia.