ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

Tema: Solicitud Ajustes ficha de Notificación SISUESO

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
Subdirección de Vigilancia en S. pública	Gestión Social y Territorial en Salud Pública

Objetivo	Fecha:			
Revisar la nueva ficha de notificación SISUESO y compararla con la ya existente, con el Fin de identificar los cambios necesarios y programar las actividades de trabajo para el desarrollo de la nueva ficha en el SIVIGILA	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( ) Otro (X) Reunión		
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ( )	Mixta ( )
	Lugar: Oficinas Vigilancia en Salud Pública SDS			
	Hora Inicio: 2pm	Hora Fin: 3 pm		
	Notas por: Carmenza Osorio Gómez			
	Próxima Reunión: No aplica			
	Quien cita: Carmenza Osorio Gómez			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

1. De la Ficha de Notificación existentes se realizaran los siguientes cambios

Cara A. eliminacion de las variables estado civil, nivel educativo, clasificación inicial del caso, nivel de riesgo inicial del caso, Hospitalizado, Fecha de Hospitalización, condición Final, Fecha de defunción, Nro de certificado de defunción y causa básica de muerte

Cara B: Se cambiaran las siguientes variables barniz de fluor, antecedentes de higiene oral, habitos, consumo de medicamentos, Estado dentario Fluorosis, se eliminara lesión mancha blanca y mancha cafe y se adicionara edentulismo.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

Acción	Responsable	Fecha
Reunion Ingeniero Giovanny Mosquera y Kathleen para revisar cambios y ajustes en el Sivigila	Giovanny Mosquera Kathleen Stalite	3 de Julio 10:30am 5pm.

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Oscar Cruz R	odcruz@saldcapital gov.co	3157766404	Dir Epidemiologia	
2	Kathleen Stalite Mendieta Suarez	kmendieta@saldcapital.gov.co	3133876719	subdireccion vigilancia salud publica	Kathleens Mendieta. S.
3	GIOVANNY MOSQUERA	gmosquera@saldcapital		VSP	MOSQUERA S.
4	Karen Castiblanco.	Kcastiblanco @Saldcapitalbogo .co	3208205677	SDS-USP-NT	Karen
5	Carmenza Osorio	cosorio@Salud capital gov.co	3127089211	SDS-USP-NT	
6					
7					
8					
9					

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-DFO-FT-004.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-DFO-FT-004, según lo establecido en el lineamiento de Actas de Reunión.

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (x) No ( )	

* Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.

Powered by CamScanner

Ficha Actual

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
DATOS BASICOS SIVIGILA D.C

CARA: A

I. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de notificación a SDS (dd / mm / aaaa) | Semana | Año

Codigo del evento

Nombre del evento

Codigo UPGD (Departamento / Municipio / Código / Sub-Indice)

Nombre UPGD

Tipo de identificación: 1 - CNV; 2 - RC; 3 - TI; 4 - CC; 5 - PEP; 6 - CE; 7 - PA; 8 - MSI; 9 - ASI; 10 - PPT; 11 - SC; 12 - DE; 13 - CD

Número de identificación

*CNV: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO, RC: REGISTRO CIVIL, TI: TARJETA DE IDENTIDAD, CC: CÉDULA DE CIUDADANIA, PEP: PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA, CE: CÉDULA EXTRANJERÍA, PA: PASAPORTE, MSI: MENOR SIN ID, ASI: ADULTO SIN ID, PPT: PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL, SC: SALVOCONDUCTO, DE: DOCUMENTO EXTRANJERO, CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO.

Fecha de nacimiento (dd / mm / aaaa) | Edad

Unidad de medida edad: 1 - Años; 2 - Meses; 3 - Dias; 4 - Horas; 5 - Minutos

Nombres y apellidos del paciente

Teléfono

Sexo: Hombre; Mujer; Intersexual

Departamento de residencia del paciente

Paciente residente rural: SI; NO

Municipio de residencia del paciente

Dirección de residencia del paciente

Localidad de residencia

Otro Cual - Barrio?

Barrio residencia paciente

Estrato

Pertenencia étnica: 1 - Indigena; 2 - ROM; 3 - Raizal; 4 - Caucásico; 5 - Palenquero; 6 - Mulato; 7 - AfroColombianos; 8 - Otros

Ocupación del paciente (Código)

Grupo poblacional: Discapacitados; Desmovilizados; Indigentes; Migrantes; Victimas de Violencia Armada; Madres Comunitarias; Gestantes; Desplazados; Sem. de gestación; Población Infantil a cargo ICBF; Carcelarios; Centros Psiquiatricos; Otros

Estado civil: 1 - Soltero (a); 2 - Casado (a); 3 - Divorciado (a); 4 - Separado (a); 5 - Viudo (a); 6 - Unión Libre; 99 - Sin dato

Tipo de aseguramiento: 1 - Contributivo; 2 - Subsidiado; 3 - Vinculado; 4 - Particular; 6 - Medicina Prepagada; 7 - Régimen especial; 8 - Excepción

Entidad administradora

Nivel educativo: 1 - No fue a la escuela; 2 - Preescolar; 3 - Primaria Incompleta; 4 - Primaria Completa; 5 - Secundaria Incompleta; 6 - Secundaria Completa; 7 - Técnico Post Secundaria Incompleta; 8 - Técnico Post Secundaria Completa; 9 - Universidad Incompleta; 10 - Universidad Completa; 11 - Posgrado Incompleto; 12 - Posgrado Completo; 99 - Sin dato

País de procedencia del caso

Departamento de procendencia del caso

Municipio de procendencia del caso

Área de procedencia del caso: 1 - Cabecera Municipal; 2 - Centros Poblados; 3 - Rural Disperso

Clasificación inicial del caso: Confirmado Clinica

Nivel de riesgo inicial del caso: 2 - Control

Fecha de consulta (dd / mm / aaaa)

Hospitalizado: SI; NO

Fecha de hospitalización (dd / mm / aaaa)

Condición final: 1 - Vivo; 2 - Muerto; 3 - No sabe, no responde

Fecha de defunción (dd / mm / aaaa)

No. Certificado de Defunción

Causa Básica de Muerte

Nombre del profesional

Télefono del profesional

Powered by CamScanner

CARA B
No identificación: _____

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD - VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA SALUD ORAL -SISVESO

INFORMACION GENERAL

BARNIZ FLUOR SI ◯ NO ◯ ESQUEMA COMPLETO SI ◯ NO ◯

ANTECEDENTES DE SALUD ORAL

VISITO AL ODONTOLOGO EN EL ULTIMO ANO 1 VEZ ◯ 2 VECES ◯ NO ◯ MOTIVO DE NO VISITA _____ ABANDONO EL TRATAMIENTO SI ◯ NO ◯ MOTIVO DE ABANDONO O NO VISITA _____

HABITOS DE HIGIENE ORAL EN EL DIA ANTERIOR
- FRECUENCIA SEDA DENTAL: NO ◯ 1 VEZ ◯ 2 VECES ◯ 3 ó MAS VECES ◯
- FRECUENCIA USO CEPILLO: NO ◯ 1 VEZ ◯ 2 VECES ◯ 3 ó MAS VECES ◯
- FRECUENCIA USO CREMA DENTAL: NO ◯ 1 VEZ ◯ 2 VECES ◯ 3 ó MAS VECES ◯
- FRECUENCIA USO ENJUAGE BUCAL: NO ◯ 1 VEZ ◯ 2 VECES ◯ 3 ó MAS VECES ◯

ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD: NINGUNO ◯ CARDIOVASCULARES ◯ HIPERTENSION ◯ DIABETES TIPO1 NO CONTROLADA ◯ DIABETES TIPO 2 NO CONTROLADA ◯ RENALES ◯ DESNUTRICION ◯ INMUNODEFICIENCIAS ◯
DISCRACIAS SANGUINEAS ◯ TABAQUISMO ◯ ALCOHOLISMO ◯ SEDENTARISMO ◯ Otro: _____

INGESTA DE MEDICAMENTOS SI ◯ NO ◯ CUAL: _____

EXPLORACION ORAL

EXPLORACION HIGIENE ORAL (Indice de placa bacteriana visible - silness & Loe modificaco)

DIENTE	ULTIMO MOLAR 1er CUADRANTE (Escriba el Número del diente examinado)					11/51 (Escriba el Número del diente examinado)				23/63 (Escriba el Número del diente examinado)				ULTIMO MOLAR 2doCUADRANTE (Escriba el Número del diente examinado)					ULTIMO MOLAR 3er CUADRANTE (Escriba el Número del diente examinado)					44/84 (Escriba el Número del diente examinado)					ULTIMO MOLAR 4to CUADRANTE (Escriba el Número del diente examinado)				
CODIGO	D	V	O	P	M	D	V	P	M	M	V	P	D	M	V	O	P	D	D	V	O	L	M	M	V	O	L	D	M	V	O	L	D

Higiene Oral : Buena (0 - 15 %) _____ Regular (16 - 30 %) _____ Deficiente (31 - 100 %) _____

Marque con una X: Buena : si el No. de superficies con uno (1), esta entre 0 y 5 — Regular ; si el No. de superficies con uno (1), esta entre 6 y 10 — Deficiente : si el No. de superficies con uno (1), esta entre 11 y 33

ESTADO PERIODONTAL

ESTADO PERIODONTAL EN MENORES DE 15 AÑOS(NO USAR SONDA WHO) CODIGOS

SEXTANTE	55 - 54	53 - 63	64 - 65	74 - 75	73 - 83	84 - 85
RESULTADO						

SEXTANTE	17 - 14	13 - 23	24 - 27	37 - 34	33 - 43	44 - 47
RESULTADO						

A = SANO
B = SANGRADO GINGIVAL
C = CALCULO: C1 SUPRAGINGIVAL - C2 INFRAGINGIVAL
D = BOLSA PERIODONTAL: - D2 MODERADA - D3 PROFUNDA

ESTADO PERIODONTAL EN MAYORES DE 15 AÑOS(USAR SONDA WHO)

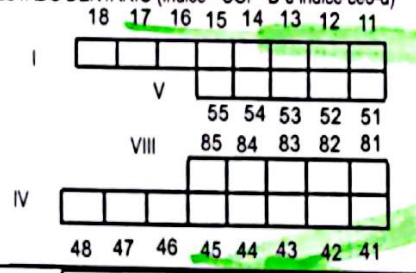
SEXTANTE	17 - 14	13 - 23	24 - 27	37 - 34	33 - 43	44 - 47
RESULTADO						

INTERVENCIONES INMEDIATAS (Marcar con una X)
- ◯ Revisión de Higiene Oral (A = sano)
- ◯ Instrucción en Higiene Oral (B= Sangrado Gingival)
- ◯ Detartraje (C= Cálculo)
- ◯ Tratamiento Complejo (D2= Bolsa Moderada - D3= Bolsa Profunda)

ALERTA EPIDEMIOLOGICA (PARA CODIGOS B - C - D) SI ◯ NO ◯ | GINGIVITIS SI ◯ NO ◯ | PERIODONTITIS SI ◯ NO ◯

ESTADO DENTARIO

ESTADO DENTARIO (indice - COP -D e indice ceo-d)



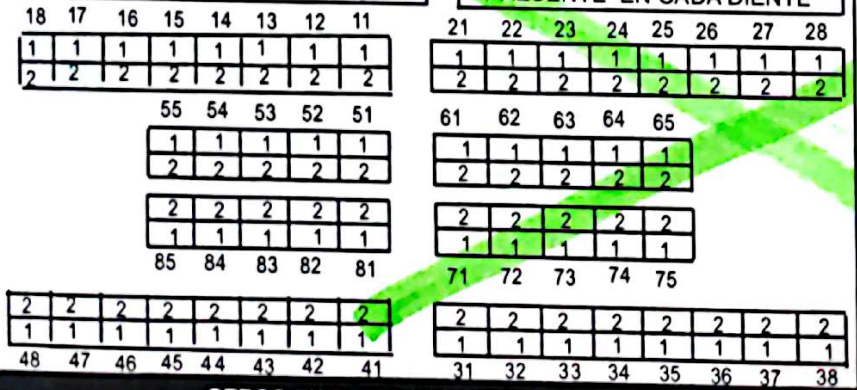
SANO = 0
CARIADO = 1
OBTURADO CON CARIES = 2
OBTURADO SIN CARIES = 3
PERDIDO POR CARIES = 4
PERDIDO POR OTRA RAZON = 5
SELLANTE = 6
PILAR DE PUENTE - CARILLA = 7
DIENTE NO ERUPCIONADO = 8
NO APLICA = 9
TRAUMA = 10
CORONA ADAPTADA = 11
CORONA DESADAPTADA = 12

ALERTA A EXPENSAS DEL COMPONENTE CARIADO (3 ó MAS CODIGOS 1) SI ◯ NO ◯

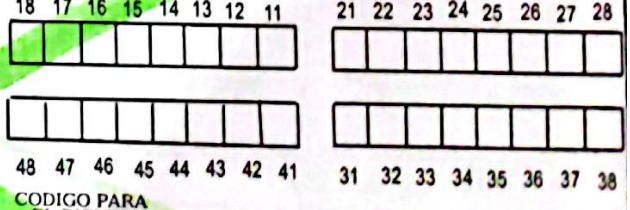
ALERTA A EXPENSAS DEL COMPONENTE PERDIDO POR CARIES (3 ó MAS CODIGOS 4) SI ◯ NO ◯

LESION MANCHA BLANCA = 1
LESION MANCHA CAFE = 2

MARQUE CON UNA "X" EL CODIGODEL EVENTO PRESENTE EN CADA DIENTE



FLUOROSIS



CODIGO PARA EL DIENTE
NORMAL = 0
DUDOSO = 1
MUY LEVE = 2
LEVE = 3
MODERADA = 4
SEVERA = 5
NO APLICA= 9

Clasificación clínica de las lesiones(indice de DEAN) y clasificación del paciente
DUDOSO ◯ MUY LEVE ◯ LEVE ◯
MODERADA ◯ SEVERA ◯

OTROS EVENTOS HALLADOS (escriba el codigo CIE-EO del evento)

Escriba el código CIE-EO con su respectivo nombre

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Powered by CamScanner

Propuesta Ficha Nueva

CARA B

No identificación _____

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD - VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA SALUD ORAL - SISVESO

ANTCEDENTES DE APLICACIÓN DE FLUOR

APLICACIÓN DE BARNIZ FLUOR SI ____ NO ____ | 1 VEZ AL AÑO ___ 2 VECES AL AÑO ___ (El esquema completo es 2 veces al año)

ANTECEDENTES DE VISITA AL ODONTÓLOGO

VISITO AL ODONTOLOGO EL AÑO ANTERIOR 1 VEZ ____ 2 VECES ____ MÁS DE 2 VECES ____

ANTECEDENTES DE HIGIENE ORAL

FRECUENCIA USO DE CEPILLO DE DIENTES 1 VEZ AL DÍA ____ 2 VECES AL DÍA ____ 3 VECES AL DÍA ____ ALGUNAS VECES A LA SEMANA ____ NO USA ____

FRECUENCIA USO DE CREMA DENTAL 1 VEZ AL DÍA ____ 2 VECES AL DÍA ____ 3 VECES AL DÍA ____ ALGUNAS VECES A LA SEMANA ____ NO USA ____

FRECUENCIA SEDA DENTAL 1 VEZ AL DÍA ____ 2 VECES AL DÍA ____ 3 VECES AL DÍA ____ ALGUNAS VECES A LA SEMANA ____ NO USA____

FRECUENCIA USO DE ENJUAGUE BUCAL 1 VEZ AL DÍA ____ 2 VECES AL DÍA ____ 3 VECES AL DÍA ____ ALGUNAS VECES A LA SEMANA ____ NO USA____

ANTECEDENTES MÉDICOS

HIPERTENSIÓN _____ DIABETES _____ CARDIOVASCULARES _____ ENFEMREDADES HUÉRFANAS _____ ENFERMEDAD RENAL _____ DESNUTRICIÓN _____

INMUNODEFICIENCIAS _____ ENFERMEDAD AUTOINMUNE _____ ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE REQUIERAN USO DE INHALADOR: _____

HABITOS

CONSUMO DE AZUCARES 1 VEZ AL DÍA _____ 2 VECES AL DÍA _____ 3 VECES AL DÍA _____ ALGUNAS VECES A LA SEMANA _____ NO CONSUME____

CONSUMO DE ALCOHOL 1 VEZ AL DÍA _____ 2 VECES AL DÍA _____ 3 VECES AL DÍA _____ ALGUNAS VECES A LA SEMANA _____ NO CONSUME____

CONSUMO DE CIGARRILLO 1 VEZ AL DÍA _____ 2 VECES AL DÍA _____ 3 VECES AL DÍA _____ ALGUNAS VECES A LA SEMANA _____ NO CONSUME____

CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TERAPIAS QUE AFECTAN EL ESMALTE DENTAL

ANTIBIÓTICOS_____ USO DE INHALADORES _____ TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA

TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA _____ VITAMINAS CON AZÚCAR_____

EXPLORACIÓN ORAL

EXPLORACION HIGIENE ORAL (Indice de placa bacteriana visible - silness & Loe modificaco)

DIENTE	ULTIMO MOLAR 1er CUADRANTE					11/51				23/63				ULTIMO MOLAR 2doCUADRANTE					ULTIMO MOLAR 3er CUADRANTE					44/84				ULTIMO MOLAR 4to CUADRANTE				
	(Escriba el Número del diente examinado)					(Escriba el Número del diente examinado)				(Escriba el Número del diente examinado)				(Escriba el Número del diente examinado)					(Escriba el Número del diente examinado)					(Escriba el Número del diente examinado)					(Escriba el Número del diente examinado)				
CODIGO	D	V	O	P	M	D	V	P	M	M	V	P	D	M	V	O	P	D	D	V	O	L	M	M	V	O	L	D	M	V	O	L	D

Higiene Oral : Marque con una X:

Buena (0 - 15 %) _____ Buena : si el No. de superficies con uno (1), esta entre 0 y 5

Regular (16 - 30 %) _____ Regular : si el No. de superficies con uno (1), esta entre 6 y 10

Deficiente (31 - 100 %) _____ Deficiente : si el No. de superficies con uno (1), esta entre 11 y 33

ESTADO PERIODONTAL

ESTADO PERIODONTAL EN MENORES DE 15 AÑOS (NO USAR SONDA WHO)

SEXTANTE	55 - 54	53 - 63	64 - 65	74 - 75	73 - 83	84 - 85
RESULTADO						
SEXTANTE	17 - 14	13 - 23	24 - 27	37 - 34	33 - 34	44 - 47
RESULTADO						

ESTADO PERIODONTAL EN MAYORES DE 15 AÑOS (USAR SONDA WHO)

SEXTANTE	17 - 14	13 - 23	24 - 27	37 - 34	33 - 34	44 - 47
RESULTADO						

CODIGOS

A = SANO
B = SANGRADO GINGIVAL
C = CALCULO: C1 SUPRAGINGIVAL - C2 INFRAGINGIVAL
D = BOLSA PERIODONTAL: - D2 MODERADA - D3 PROFUNDA

ALERTA EPIDEMIOLOGICA (PARA CODIGOS B - C - D) SI ____ NO ____ GINGIVITIS SI ____ NO ____ PERIODONTITIS SI ____ NO ____

ESTADO DENTARIO

ODONTOGRAMA DENTICIÓN PERMANENTE - ADULTOS

ARCADA SUPERIOR (MAXILAR):

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

ARCADA INFERIOR (MANDÍBULA):

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ODONTOGRAMA DENTICIÓN TEMPORAL - NIÑOS

ARCADA SUPERIOR (MAXILAR):

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

ARCADA INFERIOR (MANDÍBULA):

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Cod	Señale la condición del diente
0	SANO
1	CARIADO NO CAVITADO
2	CARIADO CON CAVITACIÓN
3	OBTURADO CON CARIES
4	OBTURADO SIN CARIES
5	PERDIDO POR CARIES
6	PERDIDO POR OTRA RAZÓN
7	SELLANTE
8	PILAR DE PUENTE- CARILLA
9	DIENTE NO ERUPCIONADO
10	TRAUMA
11	CORONA ADAPTADA
12	CORONA DESADAPTADA

ALERTA EN MENORES DE 18 AÑOS

Cod	Edad	Señale la alerta
1	0 a 2 años	1 o más caries
2	3 a 12 años	2 o más caries
3	13 a 17 años	3 o más caries

Observación: estos eventos objetos de notificación (caries- gingivitis y periodontitis) se notifica en:

* Personas de 0 a 17 años
* Gestantes
* Personas con discapacidad

FLUOROSIS

PARA NIÑOS HASTA LOS 12 AÑOS

ARCADA SUPERIOR (MAXILAR):

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

ARCADA INFERIOR (MANDÍBULA):

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Si es menor y no tiene fluorosis no colocar nada en este apartado, si tiene fluorosis indicar si es Leve con una L, si es Moderada con una M y si es severa con una S, señalando el diente.

Tenga en cuenta lo siguiente:

Fuente de agua: si el menor vivió en sus primeros años de vida fuera de Bogotá en lugares con suministro de agua con concentraciones altas de fluor

Recuerde: En Colombia se regula la concentración de fluor de cremas dentales y de enjuagues bucales, por tanto existe un riesgo casi cero de fluorosis por esta causa

Concentración de fluor (mg/L)	Riesgo de fluorosis	Fuente
< 0.7	Bajo riesgo	CDC, OMS
0.7 - 1.0	Optimo (riesgo mínimo con beneficio preventivo)	CDC, OMS
1.0 - 1.5	Aumento moderado del riesgo	OMS
> 1.5	Alto riesgo de fluorosis dental y esquelética	OMS, AFS*

*AFS: Australian Fluoride Society

PACIENTE CON EDENTULISMO

SE NOTIFICA DESDE LOS 35 AÑOS Y PACIENTE SIN ACCESO A PRÓTESIS DENTAL

TOTAL ARCADA SUPERIOR (MAXILAR) SI__ NO__

TOTAL ARCADA INFERIOR (MANDÍBULA) SI__ NO__

TOTAL ARCADA SUPERIOR E INFERIOR SI__ NO__

Cod	Señale la causa del edentulismo
1	perdida por caries
2	perdida por periodontitis
3	perdida por factores genéticos
4	perdida por traumatismos
5	perdida por infecciones

Si un paciente presenta edentulismo como único evento, solo se diligencia la cara A de la ficha y la variable 'paciente con edentulismo'.

ACLARACIONES PARA LA NOTIFICACION Y DATOS DE QUIEN NOTIFICA

Si tiene alguna duda con respecto a la ficha, puede consultar el instructivo correspondiente, el cual debe estar archivado por la persona encargada del SIVIGILA en la institución. En caso de que persistan las dudas, también puede revisar el protocolo, que se encuentra en el mismo lugar. Si aún requiere apoyo, solicite el contacto de la referente de odontología de la institución.

_____

Nombre completo del odontologo que diligencia la ficha

Powered by CamScanner