

# PLANILLA DE REGISTRO DEL S.I.V.I.L.E. SISTEMA DE VIGILANCIA DE LESIONES



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CORRIENTES

## DATOS OPCIONALES

## 1. DATOS GENERALES (DG)

DG3- Número de caso (completa data entry): \_\_\_\_\_  
 DG4- Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 DG5- Hora de consulta (de 0 a 23hs): \_\_\_\_ hs  
 DG8- Nombre y apellido del entrevistador:.....  
 DG9- Informante: Paciente  Otro

## 2. DATOS DEL LESIONADO (DL)

\*DL1- Sexo: 1- Masculino  2- Femenino  99- NS/NR   
 DL2- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 \*DL3- Edad (en años): \_\_\_\_ 99- No sabe la edad

### DL4- ¿Cuál es su situación laboral?

- 1- Trabaja a tiempo completo
- 2- Trabaja a tiempo parcial
- 3- Trabaja esporádicamente
- 4- No trabaja - Desempleado
- 5- No trabaja - Estudiante
- 6- No trabaja - ama de casa
- 7- No trabaja - Jubilado o pensionado
- 8- No trabaja - Rentista
- 9- No trabaja - Otro
- 99- NS/NR

### DL5- ¿Cuál es el mayor nivel de instrucción alcanzado?

- 1- Ninguno
- 2- Primario incompleto
- 3- Primario completo
- 4- Secundario incompleto
- 5- Secundario completo
- 6- Terciario / Universitario incompleto
- 7- Terciario / Universitario completo o más
- 99- NS/NR

DL6a- Provincia de residencia:.....

DL6b- Localidad de residencia:.....

## 3. DATOS DEL EVENTO (DE)

\*DE1- Fecha de lesión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 99- No sabe la fecha:   
 DE 2- Hora de la lesión (de 0 a 23hs): \_\_\_\_ hs

### DE4- ¿Había alguna persona a cargo del lesionado cuando ocurrió el evento? (para menores de 14 años o personas dependientes que requieran cuidado de otra persona):

- 1- Padres
  - 2- Otro mayor o igual 18
  - 3- Otro menor 18
  - 4- Nadie
  - 5- No aplica
  - 99- NS/NR
- 14 o menos años o personas dependientes que requieran cuidado de otra persona

### DE5- ¿Hubo dos o más lesionados durante el evento que provocó la lesión? (Evento múltiple):

- 1- Si
- 2- No
- 99- NS/NR

### DE6- ¿En qué domicilio se produjo la lesión?

- a) Dirección:.....
- b) N°:.....
- c) Piso:.....
- d) Depto.:.....
- e) Provincia:.....
- f) Localidad:.....
- g) C.P.:.....

## 4. CIRCUNSTANCIAS DE LA LESION (CL)

### \*CL1- ¿Cuál fue la causa o mecanismo de la lesión? (Elija sólo una opción)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| 1- Lesión de transporte <input type="checkbox"/> <i>Ira CL 2</i>             | 9- Pirotecnia <input type="checkbox"/>  | 17- Contacto traumático con animal o planta <input type="checkbox"/>               |
| 2- Envenenamientos o intoxicaciones <input type="checkbox"/> <i>Ira CL 6</i> | 10- Contacto con fuente de calor <input type="checkbox"/>                                 | 18- Mordedura de perro <input type="checkbox"/>                                    |
| 3- Golpe (objetos / personas) <input type="checkbox"/>                       | 11- Contacto con sustancias calientes <input type="checkbox"/>                            | 19- Exposición a fuerzas de la naturaleza <input type="checkbox"/>                 |
| 4- Caída en el mismo nivel <input type="checkbox"/>                          | 12- Exposición a electricidad <input type="checkbox"/>                                    | 20- Atrapado, trabado, aplastado o apretado entre objetos <input type="checkbox"/> |
| 5- Caída de un nivel a otro <input type="checkbox"/>                         | 13- Cuerpo extraño en ojo o cavidad natural (excluye aspiración) <input type="checkbox"/> | 21- Agresión sexual <input type="checkbox"/>                                       |
| 6- Trauma con objeto punzo cortante <input type="checkbox"/>                 | 14- Aspiración o atragantamiento <input type="checkbox"/>                                 | 22- Otra, especifique:..... <input type="checkbox"/>                               |
| 7- Arma de fuego <input type="checkbox"/>                                    | 15- Sofocación, estrangulamiento y ahorcamiento <input type="checkbox"/>                  | 23- NS/NR <input type="checkbox"/>   |
| 8- Exposición al fuego <input type="checkbox"/>                              | 16- Ahogamiento o sumersión <input type="checkbox"/>                                      |  |

### SOLO PARA LESIONES DE TRANSPORTE

#### CL2- Condición del lesionado

- 1- Peatón  *Ira CL 4*
- 2- Pasajero
- 3- Conductor
- 4- Otro
- 99- NS/NR

#### CL3- Modo de transporte

- 1- Automóvil
- 2- Camioneta o furgoneta
- 3- Omnibus
- 4- Camión
- 5- Bicicleta
- 6- Moto / ciclomotor
- 7- Tren
- 8- Tracción animal
- 9- Otro
- 99- NS/NR

#### CL5- Elementos de seguridad vial

- |  |  |
|--|--|
| <b>a- Cinturón de seguridad</b>            | <b>c- Chaleco reflectante</b>              |
| 1- Si <input type="checkbox"/>             | 1- Si <input type="checkbox"/>             |
| 2- No <input type="checkbox"/>             | 2- No <input type="checkbox"/>             |
| 3- No corresponde <input type="checkbox"/> | 3- No corresponde <input type="checkbox"/> |
| 99- NS/NR <input type="checkbox"/>         | 99- NS/NR <input type="checkbox"/>         |
| <b>b- Casco</b>                            | <b>d- Asiento para niños</b>               |
| 1- Si <input type="checkbox"/>             | 1- Si <input type="checkbox"/>             |
| 2- No <input type="checkbox"/>             | 2- No <input type="checkbox"/>             |
| 3- No corresponde <input type="checkbox"/> | 3- No corresponde <input type="checkbox"/> |
| 99- NS/NR <input type="checkbox"/>         | 99- NS/NR <input type="checkbox"/>         |

#### CL4- Contraparte (para todas las lesiones de transporte)

- 1- Peatón
- 2- Animal
- 3- Automóvil
- 4- Camioneta o furgoneta
- 5- Omnibus
- 6- Camión
- 7- Bicicleta
- 8- Moto / Ciclomotor
- 9- Tren
- 10- Tracción animal
- 11- Objeto fijo
- 12- Evento sin colisión (vuelco / caída ocupante / descamiamiento)
- 13- Otro
- 99- NS/NR

### SOLO PARA ENVENENAMIENTO / INTOXICACION

#### CL6- Con cuál de las siguientes sustancias se intoxicó? (Puede marcar más de una opción)

- |  |   |
|--|---|
| a- Medicamentos psicotrópicos <input type="checkbox"/>                     | b- Medicamentos otros <input type="checkbox"/>                          |
| c- Plaguicidas <input type="checkbox"/>                                    | d- Productos de uso doméstico (no plaguicidas) <input type="checkbox"/> |
| e- Productos de uso comercial o industrial <input type="checkbox"/>        | f- Animal ponzoñoso <input type="checkbox"/>                            |
| g- Monóxido de carbono <input type="checkbox"/>                            | h- Alcohol <input type="checkbox"/>                                     |
| i- Drogas (cocaína / marihuana / éxtasis / otras) <input type="checkbox"/> | j- Humo <input type="checkbox"/>  |
| k- Otra sustancia <input type="checkbox"/>                                 |   |

