

Etiqueta	INDICACIÓN DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA DESPUÉS DE UNA LESIÓN EN POBLACIÓN MAYOR DE 14 AÑOS	SEMANA N.º _____ FINALIZA EL DOMINGO _____ / _____ / _____ NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE: 1.- No se han registrado casos 2.- Ausencias de la consulta INCIDENCIAS
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		* Para personas de más de 39 años (nacidos antes de 1975): ¿Recibió primovacuna con tres dosis? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> ¿Recibió dosis de recuerdo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas dosis?: _____ Fecha de última vacuna antitetánica: Hace más de 5 años <input type="checkbox"/> Hace más de 10 años <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> ¿Cómo se conoce el estado vacunal contra el tétanos del paciente?: (respuesta múltiple) Cartilla vacunación <input type="checkbox"/> Historia clínica electrónica <input type="checkbox"/> Registro vacunación papel <input type="checkbox"/> Servicio Militar <input type="checkbox"/> Centro de Vacunación Internacional <input type="checkbox"/> Registro PRL/mutua <input type="checkbox"/> Referido por el propio paciente <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otros registros _____
CIP: _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): ____ / ____ / ____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Nivel de estudios: Sin estudios <input type="checkbox"/> E. Primaria o equivalente <input type="checkbox"/> E. Secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/> Estado civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a-divorciado/a <input type="checkbox"/> Situación laboral: Activo <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Profesión _____		INDICACIÓN DE VACUNA ANTITETÁNICA DESPUÉS DE SUFRIR LA LESIÓN
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN		¿Se indica vacunación antitetánica después de sufrir la lesión?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Si se vacuna (respuesta múltiple): Gammaglobulina <input type="checkbox"/> Inicio de primovacuna con tres dosis de vacuna antitetánica <input type="checkbox"/> Completar pauta vacunación antitetánica <input type="checkbox"/> Una dosis de vacuna antitetánica de recuerdo <input type="checkbox"/> ¿Se vacuna finalmente el paciente después de indicación del personal sanitario?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Personal sanitario que hace la recomendación: (respuesta múltiple) Médico Centro Salud <input type="checkbox"/> Enfermero Centro Salud <input type="checkbox"/> Centro hospitalario <input type="checkbox"/> Médico privado <input type="checkbox"/> Servicio Urgencias AP (Suap) <input type="checkbox"/> Servicio de PRL/Mutua <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otros registros _____
Tipo de lesión: (respuesta múltiple) Arañazo <input type="checkbox"/> Mordedura de animal <input type="checkbox"/> Fractura abierta <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Congelación <input type="checkbox"/> Herida sin pérdida sustancia <input type="checkbox"/> Herida con pérdida de sustancia <input type="checkbox"/> Otras: _____ Contaminación de la herida (arena, material fecal, cuerpo extraño): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clasificación de la lesión: Limpia <input type="checkbox"/> Tetanígena <input type="checkbox"/>		MOTIVOS POR LOS QUE EL PACIENTE REFIERE VACUNACIÓN INCORRECTA/NO VACUNACIÓN (varias respuestas posibles)
DESCRIPCIÓN DEL ESTADO VACUNAL FRENTE AL TÉTANOS		Olvido <input type="checkbox"/> Miedo a efectos adversos <input type="checkbox"/> Miedo a inyectables <input type="checkbox"/> Dar poca importancia a estar bien vacunado <input type="checkbox"/> Falsas contraindicaciones <input type="checkbox"/> No ha sido recomendada por personal sanitario <input type="checkbox"/> No es prioritaria para su salud <input type="checkbox"/> Baja incidencia enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otros _____
* Para personas de 15 a 39 años (nacidos de 1975 a 1999), ¿tiene 6 dosis de tétanos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Si el calendario infantil es incorrecto, n° dosis recibidas _____		



PROGRAMA DE REGISTRO 2014 (PROGRAMA DE ENFERMERÍA)

INDICACIONES DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA DESPUÉS DE UNA LESIÓN EN POBLACIÓN MAYOR DE 14 AÑOS

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Se recogerá información sobre vacunación antitetánica en pacientes mayores de 14 años que acuden a consulta de enfermería como consecuencia de heridas/lesiones/quemaduras/mordeduras/congelaciones esté o no indicada la vacunación antitetánica.
- Se podrá recoger información tanto de pacientes que acuden a la propia consulta de enfermería como de las visitas domiciliarias o de los que se tenga constancia a través de los libros de urgencia del centro de salud.
- El paciente atendido debe pertenecer al cupo del/la enfermero/a centinela.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes menores de 14 años.

NIVELES DE CONTACTO

- * Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.
- * Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia. Centro Coordinador del Programa de Enfermería.
Av. / Casado del Alisal, 32. 34001 Palencia. Teléfonos: 979 71 54 53 / 979 71 54 43 / Fax: 979 71 54 27
Loreto Mateos (matbarlo@jcy1.es) y Eva Vian (viagonev@jcy1.es)
- * Dirección General de Salud Pública°. Pº de Zorrilla 1. 47071 VALLADOLID.
Telf.: 983 413600 Ext. 806358 - Fax: 983 412 302. A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcy1.es) y Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcy1.es) Ext. 806359