

## EMBAJADA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

<b>CLINICA DE TOXICOLOGÍA URIBE CUALLA</b>	<b>LOS SUPUESTOS EFECTOS DEL GLISOFATO SOBRE LA SALUD HUMANA</b>  <b>JUNIO DE 2001</b>	<b>CONFIDENCIAL</b>  <i>COMO PARTE DE ESTA BRIGADA DE SALUD QUE ESTA REALIZANDO LA SECRETARIA DE SALUD DEL PUTUMAYO, LE VOY A HACER UNA SERIE DE PREGUNTAS RELACIONADAS CON ASPECTOS QUE HAYAN PODIDO AFECTAR SU ESTADO DE SALUD DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES. TAMBIÉN LE VAMOS A PRACTICAR UN EXAMEN MÉDICO Y A TOMAR UNAS MUESTRAS PARA ANÁLISIS DE LABORATORIO. ESTO NO TENDRÁ NINGÚN COSTO PARA USTED.</i>  <i>LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA SERÁ TRATADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD Y SOLO SE UTILIZARÁ CON FINES MEDICOS Y CIENTIFICOS.</i>
--	--	---

### 1.0. IDENTIFICACION Y CONTROL

<b>100</b>	No. Instrumento:	_ _ _ _ _ _ _
------------	------------------	---------------

**Supervisor: Asignar un código de 1 a 100 y utilizar el mismo código para las parejas de casos y controles.**

<b>101</b>	Status de los 200 Sujetos de Investigación:	Caso 1 <input type="checkbox"/> Código  _ _ _ _ _	Control 0 <input type="checkbox"/> Código  _ _ _ _ _	Excluido de Análisis Toxicológico 0 <input type="checkbox"/>
------------	---	---	--	--

<b>102</b>	Fecha de entrevista:	Día  _ _ _ _	Mes  _ _ _ _	Año  _ _ _ _
<b>103</b>	Municipio:	Código  _ _ _ _		
<b>104</b>	Corregimiento:	Código  _ _ _ _		
<b>105</b>	Vereda o poblado:	Código  _ _ _ _		
<b>106</b>	Entrevistador:	Código  _ _ _ _		
<b>107</b>	Auxiliar toma de muestra:	Código  _ _ _ _		
<b>108</b>	Supervisor:	Código  _ _ _ _		

**OBSERVACIONES:**


**2.0. DATOS DE IDENTIFICACION**

201	Nombre:	
202	Apellidos:	
203	Edad:	__ __  (Años cumplidos)
204	Sexo:	Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 0 <input type="checkbox"/>
205	Estado civil:	Casado(a) 1 <input type="checkbox"/> Unión Libre 2 <input type="checkbox"/> Soltero 3 <input type="checkbox"/> Separado (a) 4 <input type="checkbox"/> Viudo(a) 5 <input type="checkbox"/>
206	Afiliado SGSSS:	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> NS/NR 9 <input type="checkbox"/>
207	Afiliado SGSSS:	RC 1 <input type="checkbox"/> RS 2 <input type="checkbox"/> RV 3 <input type="checkbox"/> Otro 4 <input type="checkbox"/> NS/NR 9 <input type="checkbox"/>

**OBSERVACIONES:**


**3.0. EDUCACION****COMENZAREMOS POR UNA SERIE DE PREGUNTAS SU NIVEL DE EDUCACION.**

<b>301</b>	
¿Cuál es el último grado de estudios que aprobó en el nivel más alto alcanzado? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	NO
a. Ninguno	1 <input type="checkbox"/> → Pase a 302
b. Preescolar	2 <input type="checkbox"/> → Pase a 302
c. Primaria incompleta	3 <input type="checkbox"/>
d. Primaria completa	4 <input type="checkbox"/>
e. Bachilleraro incompleto	5 <input type="checkbox"/>
f. Bachillerato completo	6 <input type="checkbox"/>
g. Universitario	7 <input type="checkbox"/>
h. Posgrado	8 <input type="checkbox"/>

**Entrevistador: Formular esta pregunta solo en caso de respuesta afirmativa a las Preguntas No. 301.a. y 301.b.**

<b>302</b>	¿Sabe leer?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> NR 9 <input type="checkbox"/>
------------	-------------	---

**Entrevistador: Formular esta pregunta solo en caso de respuesta afirmativa a las Preguntas No. 301.a. y 301.b.**

<b>303</b>	Sabe escribir?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> NR 9 <input type="checkbox"/>
------------	----------------	---

**OBSERVACIONES:**


#### 4.0. DATOS SOBRE EXPOSICION A GLIFOSATO

**MUCHAS GRACIAS. AHORA QUIERO QUE USTED RECUERDE MUY BIEN Y ME CUENTE SI HA VISTO PASAR AVIONES FUMIGADO DESDE EL AIRE CERCA DEL SITIO DONDE USTED VIVE O TRABAJA HABITUALMENTE. EN CASO DE QUE HAYA PRESENCIADO VARIAS ASPERSIONES, QUIERO QUE NOS CONCENTREMOS EN LA ULTIMA.**

#### 4.1 ULTIMA ASPERSION

400	¿A partir de diciembre de 2000, Usted ha sabido de aviones que han pasado asperjando desde el aire cerca del sitio donde vive o trabaja habitualmente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
401	¿Cuántas veces?	N° de veces  __ __  NR <input type="checkbox"/>
402	¿Recuerda la fecha exacta en la cual ocurrió la última aspersión aérea cerca del sitio donde vive o trabaja habitualmente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
403	¿Cuál fue la fecha?	Día  __ __  Mes  __ __  Año  __ __
404	¿Cuántas horas duró la aspersión?	Horas y minutos  __ __ .  __ __

#### 4.1 UBICACION DE LA PERSONA DURANTE LA ULTIMA ASPERSION

405	¿Usted recuerda en dónde se encontraba durante el momento de la última aspersión aérea?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
-----	---	---

406			
¿Dónde se encontraba exactamente en el momento en que la avión pasó asperjando? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	SI	NO	NS/NR
a. En campo abierto dentro del lote que fue asperjado.	1	2	9
b. En campo abierto fuera del lote que fue asperjado.	1	2	9
c. Dentro de una vivienda en la zona rural.	1	2	9
d. Dentro de una vivienda en la zona urbana.	1	2	9
d. En otro lugar. Especificar:	1	2	9

<b>407</b>	¿Considera que tuvo contacto con las sustancias asperjadas por el avión?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> NR 9 <input type="checkbox"/>
------------	--	---

408			
¿Usted considera que las sustancias asperjadas por el avión le cayeron e hicieron contacto con alguno de los siguientes órganos o alimentos? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	SI	NO	NS/NR
a. Piel.	1	2	9
b. Ojos.	1	2	9
c. Alimentos que consumió posteriormente.	1	2	9
c. Vías respiratorias.	1	2	9
d. Otra vía. Especificar:			

409			
¿Qué hizo después? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	SI	NO	NS/NR
Nada.	1	2	9
Se bañó inmediatamente con agua todo el cuerpo.	1	2	9
Se bañó inmediatamente con agua una parte del cuerpo.	1	2	9
Se aplicó un tratamiento local. Especificar:	1	2	9
Se provocó vómito.	1	2	9
Otra cosa. Especificar:	1	2	9

41°	¿Aproximadamente a cuántos minutos a pie del lote se encontraba Usted durante la aspersión? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada). Nota: 15 minutos equivalen a un kilómetro.	Minutos  __   __   __

#### 4.3 LUGAR DE RESIDENCIA DURANTE LA ULTIMA ASPERSION

411			
¿En cual de los siguientes lugares se encontraba viviendo Usted en el momento de la última aspersión? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	SI	NO	NS/NR
a. Vivienda ubicada en el casco urbano del municipio.	1 → Pase a 412	2	9



b. Vivienda ubicada en corregimiento	1 → Pase a 413	2	9
c. Vivienda ubicada en vereda.	1 → Pase a 414	2	9
d. Vivienda ubicada en poblado o caserío	1 → Pase a 415	2	9
e. Vivienda ubicada en zona rural.	1 → Pase a 416	2	9

**Entrevistador: Formular esta pregunta solo en caso de respuesta afirmativa a las Preguntas No. 411.a.-e., escriba el nombre en el espacio y NS, si no sabe.**

412	¿Cuál es el nombre del municipio?	
-----	-----------------------------------	--

**Entrevistador: Formular esta pregunta solo en caso de respuesta afirmativa a las Preguntas No. 411.b.-e., escriba el nombre en el espacio y NS, si no sabe.**

413	¿Cuál es el nombre del corregimiento?	
-----	---------------------------------------	--

**Entrevistador: Formular esta pregunta solo en caso de respuesta afirmativa a las Preguntas No. 411.b.-e., escriba el nombre en el espacio y NS, si no sabe.**

414	¿Cuál es el nombre de la vereda?	
-----	----------------------------------	--

**Entrevistador: Formular esta pregunta solo en caso de respuesta afirmativa a las Preguntas No. 411.d.-e., escriba el nombre en el espacio y NS, si no sabe.**

415	¿Cuál es el nombre del poblado o caserío?	
-----	---	--

**Entrevistador: Formular esta pregunta solo en caso de respuesta afirmativa a las Preguntas No. 411.e., escriba el nombre en el espacio y NS, si no sabe.**

416	¿Cuál es el nombre del lugar?	
-----	-------------------------------	--

417	¿Aproximadamente a cuántos minutos a pie del lote asperjado la última vez, se encuentra el lugar donde Usted vivía en ese momento?	Minutos  __   __   __
-----	--	-----------------------

**OBSERVACIONES:**


**5.0. ENFERMEDAD O PROBLEMAS DE SALUD**

**AHORA QUIERO QUE USTED RECUERDE MUY BIEN Y ME CUENTE SI TUVO ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD LUEGO DE QUE EL AVION PASO ASPERJANDO DESDE EL AIRE CERCA DEL SITIO DONDE USTED VIVE O TRABAJA HABITUALMENTE.**

**5.1 EPISODIOS DE ENFERMEDAD**

501				502		
¿Durante las cuatro semanas siguientes a la última vez que el avión pasó asperjando cerca al sitio donde vive o trabaja habitualmente, Usted experimentó alguna de las siguientes sensaciones? <i>(Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)</i>	SI	NO	NS/ NR	¿En que fecha comenzaron?		
				Día	Mes	Año
a. Sintió olores extraños en el ambiente.	1	2	9			
b. Sintió olor o sabor extraño en el agua.	1	2	9			
c. Sintió olor o sabor extraño en la comida.	1	2	9			

<b>503</b>	¿Durante las cuatro semanas siguientes a la última vez que el avión pasó asperjando cerca al sitio donde vive o trabaja habitualmente, Usted tuvo alguna enfermedad o problema de salud?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → <b>Pase a 523</b> NR <input type="checkbox"/>
------------	--	---

<b>504</b>	¿La enfermedad o problema de salud le afectó la piel?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
------------	---	---

505				506		
¿ Cuales de los siguientes enfermedades o problemas de la piel presentó? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	SI	NO	NS/RS	¿En que fecha comenzaron?		
				Día	Mes	Año
a. Enrojecimiento y brote.	1	2	9			
b. Rasquiña.	1	2	9			
c. Ampollas.	1	2	9			
d. Ardor	1	2	9			
e. Otras manifestaciones: Especificar	1	2	9			

<b>507</b>	¿La enfermedad o problema de salud le afectó los ojos?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> NR 9 <input type="checkbox"/>
------------	--	---

508				509		
¿Cuales de las siguientes enfermedades o problemas de los ojos presentó? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	SI	NO	NS/RS	¿En que fecha comenzaron?		
				Día	Mes	Año
a. Enrojecimiento.	1	2	9			
b. Ardor.	1	2	9			
c. Dolor.	1	2	9			
e. Otras manifestaciones: Especificar	1	2	9			

<b>510</b>	¿La enfermedad o problema de salud le afectó el sistema digestivo?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> NR 9 <input type="checkbox"/>
------------	--	---

511				512		
¿Cuales de las siguientes enfermedades o problemas del sistema digestivo presentó? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	SI	NO	NS/RS	¿En que fecha comenzaron?		
				Día	Mes	Año
a. Náuseas.	1	2	9			
b. Vómito.	1	2	9			
c. Diarrea.	1	2	9			
d. Otras manifestaciones: Especificar	1	2	9			

513	¿La enfermedad o problema de salud le afectó otros organos? Especificar:	Si 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> NR 9 <input type="checkbox"/>

514				515		
¿Cuales de las siguientes enfermedades o problemas presentó que le afectaron otros órganos? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	SI	NO	NS/RS	¿En que fecha comenzaron?		
				Día	Mes	Año
a. Dolor de cabeza.	1	2	9			
b. Fatiga o dificultad para respirar.	1	2	9			
c. Otras manifestaciones: Especificar	1	2	9			

**OBSERVACIONES:**


**5.2 DEMANDA Y UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

516				517		
¿Para tratar la enfermedad o problema de salud que presentó durante las cuatro semanas siguientes a la última vez que el avión pasó asperjando cerca al sitio donde vive o trabaja habitualmente, que hizo principalmente? <i>(Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)</i>				¿En que fecha?		
	N/NR	NO	SI	Día	Mes	Año
a. Acudió a un profesional o institución prestadora de servicios de salud (hospital, clínica, centro o puesto de salud).	9	2	1 → → Pase a 518			
b. Acudió a un promotor de salud o enfermera.	9	2	1 →			
c. Acudió al boticario, farmaceuta o droguista.	9	2	1 →			
d. Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona o medicina tradicional indígena.	9	2	1 →			
e. Se aplicó remedios caseros.	9	2	1 →			
f. Se autorecetó.	9	2	1 →			
g. Adoptó otras medidas. Especificar:	9	2	1 →			

**Entrevistador: Formular esta pregunta solo en caso de respuesta afirmativa a las Preguntas No. 516.b.**

<b>518</b>	¿Qué diagnóstico le realizó el profesional de salud o en la institución prestadora de servicios de salud?	DX: _____	NS/NR <input type="checkbox"/>
<b>519</b>	¿Le formularon medicamentos o tratamientos?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 0 <input type="checkbox"/> NR 9 <input type="checkbox"/>



<b>520</b>
¿ Que tipo de medicamentos o tratamientos le formularon? Especificar:
a.
b.
c.
d.
e.
f.

<b>521</b>	¿Cómo evolucionó la enfermedad o problema de salud tratado?	Bien <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> Regular <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/></span> Mal <span style="float: right;">3 <input type="checkbox"/></span>
------------	---	--

<b>522</b>	¿Asistió posteriormente a control médico?	Si. <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> No. <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/></span> NS/NR <span style="float: right;">9 <input type="checkbox"/></span> Cuando:    Día  __ __     Mes  __ __     Año  __ __
------------	---	--

<b>OBSERVACIONES:</b>

**5.3 FORMULACION DE QUEJAS**

<b>523</b>	¿Durante las cuatro semanas siguientes a la última vez que el avión pasó asperjando cerca al sitio donde vive o trabaja habitualmente, se presentaron otros tipos de inconvenientes?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> NR 9 <input type="checkbox"/>
------------	--	---

524			
¿Cuáles de los siguientes tipos de inconvenientes se presentaron? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	SI	NO	NS/RS
Dstrucción de cultivos lícitos.	1	2	9
Enfermedad o muerte de animales domésticos.	1	2	9
Otros. Especificar:	1	2	9

525				526		
¿Usted ha formulado alguna queja o denuncia ante alguna de las siguientes autoridades por las aspersiones aéreas? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	SI	NO	NS/RS	¿En que fecha fomuló la queja o denuncia ?		
				Día	Mes	Año
a. Defensoría del Pueblo	1	2	9			
b. Procuraduría.	1	2	9			
c. Otra autoridad: Especificar	1	2	9			

**OBSERVACIONES:**


**6.0. RIESGOS OCUPACIONALES Y EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS Y OTROS QUIMICOS**

**MUY BIEN. AHORA PASEMOS A OTRO TEMA. PARA PODER ANALIZAR MEJOR LAS CAUSAS DE SUS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD NECESITO MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU ACTIVIDAD LABORAL Y OCUPACION DURANTE LOS ULTIMOS SEIS MESES. EN PARTICULAR, NECESITO SABER SI USTED HA TENIDO CONTACTO CON PESTICIDAS U OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS.**

601	
¿Durante los últimos seis meses cual fue su ocupación principal? (Entrevistador: Escoja una de las siguientes opciones y marque con una X la respuesta)	
Agricultor.	1 <input type="checkbox"/>
Jornalero o peón.	2 <input type="checkbox"/>
Capataz o mayordomo.	4 <input type="checkbox"/>
Trabajador de la seguridad, cuidandero o celador.	5 <input type="checkbox"/>
Mecánico.	6 <input type="checkbox"/>
Tendero.	7 <input type="checkbox"/>
Sirvienta.	8 <input type="checkbox"/>
Maestro(a) o profesor(a)	9 <input type="checkbox"/>
Otro. Especificar:	10 <input type="checkbox"/>
Otro. Especificar:	11 <input type="checkbox"/>
Otro. Especificar:	12 <input type="checkbox"/>

602	603					
	¿Con que frecuencia ?					
¿Cómo parte de su actividad laboral habitual en los últimos seis meses, Usted ha manipulado o utilizado alguno de los siguientes plaguicidas u otras sustancias químicas? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	NS/RS	NO	SI	Solo una vez	Al menos una vez al mes	Al menos una vez por semana
a. Glifosato de venta comercial	9	2	1 →	1	2	3
b. Gramaxone (Paraquat)	9	2	1 →	1	2	3

c. Furadán.	9	2	1→	1	2	3
d. Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3
a. Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3
e. Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3
b. Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3

604				605		
¿Cuáles de los siguientes procedimientos ha utilizado para preparar los plaguicidas u otras sustancias químicas? <i>(Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)</i>	NS/RS	NO	SI	¿Con que frecuencia?		
				Ocasionalmente	Algunas veces	Siempre
Pipeteo con la boca.	9	2	1→	1	2	3
Pipeteo mecánico.	9	2	1→	1	2	3
Formulación a mano limpia.	9	2	1→	1	2	3
Formulación a mano con guantes.	9	2	1→	1	2	3
Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3
c. Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3
Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3
d. Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3

606				607		
¿Qué técnica utiliza para aplicar los plaguicidas u otras sustancias químicas? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	NS/RS	NO	SI	¿Con que frecuencia ?		
				Nunca o ocasionalmente	Algunas veces	Siempre
a. Cacorro.	9	2	1→	1	2	3
b. Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3
e. Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3

608	¿Durante los últimos seis meses, Usted ha tenido contacto accidental con plaguicidas u otras sustancias químicas por piel, vía respiratoria, vía digestiva u otra vía ?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> → Pase a 701 NR 9 <input type="checkbox"/>
-----	---	--

609				610		
¿ ¿Durante los últimos seis meses, con cuáles de los siguientes plaguicidas u otras sustancias químicas ha tenido contacto directo por piel, vía respiratoria, vía digestiva u otra vía ? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	NS/RS	NO	SI	¿Con que frecuencia ?		
				Solo una vez	Al menos una vez al mes	Al menos una vez por semana
Glifosato de venta comercial	9	2	1→	1	2	3
Gramaxone (Paraquat)	9	2	1→	1	2	3
Furadán.	9	2	1→	1	2	3
Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3
f. Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3
Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3
g. Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3

611				612		
¿En caso de contacto con plaguicidas u otras sustancias químicas por por piel, vía respiratoria, vía digestiva u otra vía, cuáles de las siguientes tratamientos ha utilizado? <i>(Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)</i>	NS/RS	NO	SI	¿Con que frecuencia ?		
				Ocasional-mente	Algunas veces	Siempre
a. Se quita y cambia la ropa inmediatamente.	9	2	1→	1	2	3
b. Se baña inmediatamente con agua únicamente la zona afectada	9	2	1→	1	2	3
c. Se baña inmediatamente con agua todo el cuerpo.	9	2	1→	1	2	3
d. Se induce el vómito.	9	2	1→	1	2	3
e. Se aplica atropina.	9	2	1→	1	2	3
f. Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3
h. Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3
g. Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3
i. Otra. Cuál?	9	2	1→	1	2	3



613				614		
¿Cuáles de las siguientes medidas ha utilizado para protegerse del contacto con plaguicidas o sustancias químicas? <i>(Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)</i>	NS/RS	NO	SI	¿Con que frecuencia ?		
				Nunca	A veces	Siempre
Casco protector.	9	2	1→	1	2	3
Guantes de plástico.	9	2	1→	1	2	3
Overall de tela.	9	2	1→	1	2	3
Tapabocas.	9	2	1→	1	2	3
j. Mascara protectora.	9	2	1→	1	2	3
Otro. Cuál?	9	2	1→	1	2	3
k. Otro. Cuál?	9	2	1→	1	2	3

615			
¿En cuáles de los siguientes lugares se almacenan los plaguicidas o sustancias químicas? <i>(Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)</i>	NS/RS	NO	SI
b. Lugar aparte de la vivienda.	9	2	1
c. Intemperie.	9	2	1
d. Otro lugar. Especificar:	9	2	1

## 616

¿Una vez utilizados, qué hace con los envases y contenedores de plaguicidas o sustancias químicas? (Entrevistador: Lea las siguientes opciones y marque con una X la respuesta más apropiada)	NS/RS	NO	SI
Los entierra.	9	2	1
Los quema o destruye de alguna otra forma.			
Los tira a un basurero.	9	2	1
Los reutiliza para otros fines.	9	2	1
Otro. Especificar:	9	2	1
Otro. Especificar:	9	2	1

**OBSERVACIONES:**


**7.0. EVALUACION CLINICA****7.1 ANTECEDENTES EN LOS ULTIMOS SEIS MESES**

701			
Patológicos (Ultimos seis meses): <i>(Médico: Indague y marque con una X la respuesta más apropiada).</i>	NS/RS	NO	SI
a. Ecabiosis.	9	2	1
b. Piodermitis.	9	2	1
c. Síndromes febriles.	9	2	1
d. Enfermedades eruptivas.	9	2	1
e. Otra. Especificar.	9	2	1

702			
Antecedentes Alérgicos (Ultimos seis meses): <i>(Médico: Indague y marque con una X la respuesta más apropiada).</i>	NS/RS	NO	SI
Rinitis.	9	2	1
Asma.	9	2	1
Dermatitis alérgica.	9	2	1
Alergias a medicamentos.	9	2	1
Alergias a alimentos.	9	2	1
f. Otra. Especificar.	9	2	1

703

Antecedentes Tóxicos (Últimos seis meses): <i>(Médico: Indague y marque con una X la respuesta más apropiada).</i>	NS/RS	NO	SI
Glifosato	9	2	1
Gramoxone (Paraquat)	9	2	1
Furadán.	9	2	1
Otra. Cuál?	9	2	1
I. Otra. Cuál?	9	2	1

**OBSERVACIONES:**


Antecedentes Gineco-Obstétricos (Últimos seis meses): (Médico: Indague y marque con una X la respuesta más apropiada).	NS/RS/NA	NO	SI
a. Aborto espontáneo.	9	2	1
b. Aborto inducido.	9	2	1
c. Malformaciones.	9	2	1
d. Muerte fetal.	9	2	1
e. Otro. Cuál?	9	2	1
m. Otro. Cuál?	9	2	1

<b>OBSERVACIONES:</b>

705				706	<i>Médico: Registre el código respectivo en la columna 706 de acuerdo a la siguiente lista:</i> <b>1= Padre.</b> <b>2= Madre</b> <b>3= Hermano (a).</b> <b>4= Cónyuge</b> <b>5= Hijo (a).</b>
Antecedentes Familiares (Ultimos seis meses): <i>(Médico: Pregunte, marque con una X la respuesta más apropiada y, en caso de una respuesta afirmativa, indague por el parentesco y registre el código correspondiente en la columna 706)</i>	NS/RS/NA	NO	SI	Tipo de Parentesco	
Intoxicación por plaguicidas u otras sustancias químicas.	9	2	1→		
Abortos.	9	2	1→		
Malformaciones.	9	2	1→		
Mortinatos.	9	2	1→		
Muerte. Especificar causa:	9	2	1→		
Hospitalización?	9	2	1→		
n. Otros. Cuál?	9	2	1→		
o. Otros. Cuál?	9	2	1→		
p. Otros. Cuál?	9	2	1→		

<b>OBSERVACIONES:</b>

707

Antecedentes de ETS (Ultimos seis meses): (Médico: Indague y marque con una X la respuesta más apropiada).	NS/RS/NA	NO	SI
VIH/SIDA.	9	2	1
Gonorrea.	9	2	1
Sífilis.	9	2	1
Otros. Cuál?	9	2	1
Otros. Cuál?	9	2	1

708	Antedentes transfusionales(Ultimos seis meses).	Si 1 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> NR 9 <input type="checkbox"/>
-----	---	---

<b>OBSERVACIONES:</b>

**7.2. ENFERMEDAD ACTUAL**

SIGNOS Y SINTOMAS ACTUALES								
709	Especificar:	NS/NR	NO	SI	Día	Mes	Año	Hora
		9	2	1→				
		9	2	1→				
		9	2	1→				
		9	2	1→				
		9	2	1→				

<b>710</b>	¿Había sufrido previamente de alguno de éstos signos y síntomas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
------------	--	---

<b>711</b>	¿Recibió tratamiento para alguno de éstos signos y síntomas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
------------	--	---

**7.3 EXAMEN FISICO**

712	
Signos Vitales:	<i>(Médico: Evalúe y registre el valor correspondiente).</i>
TA:	
FC:	
FR:	
T°:	



713	Cabeza y cuello	Normal 1 <input type="checkbox"/> Anormal 0 <input type="checkbox"/> NE 9 <input type="checkbox"/>
-----	-----------------	--

<b>OBSERVACIONES:</b>		

714	Ojos:	Normal 1 <input type="checkbox"/> Anormal 0 <input type="checkbox"/> NE 9 <input type="checkbox"/>
-----	-------	--

<b>OBSERVACIONES:</b>		

719	Cardiaco:	Normal 1 <input type="checkbox"/> Anormal 0 <input type="checkbox"/> NE 9 <input type="checkbox"/>
-----	-----------	--

<b>OBSERVACIONES:</b>		

Pulmonar :	Normal 1 <input type="checkbox"/> Anormal 0 <input type="checkbox"/> NE 9 <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: right;"><b>OBSERVACIONES:</b></p> <p style="text-align: right;"><b>721</b> Abdomen: Normal 1 <input type="checkbox"/> Anormal 0 <input type="checkbox"/> NE 9 <input type="checkbox"/></p>
---------------	--	--

<b>OBSERVACIONES:</b>		

722	Extremidades:	Normal 1 <input type="checkbox"/> Anormal 0 <input type="checkbox"/> NE 9 <input type="checkbox"/>
-----	---------------	--

<b>OBSERVACIONES:</b>		

723	Neurológico:	Normal 1 <input type="checkbox"/> Anormal 0 <input type="checkbox"/> NE 9 <input type="checkbox"/>
-----	--------------	--

<b>OBSERVACIONES:</b>		

724	Piel:	Normal 1 <input type="checkbox"/> Anormal 0 <input type="checkbox"/> NE 9 <input type="checkbox"/>
-----	-------	--

<b>OBSERVACIONES:</b>

725	Otros datos:	Normal 1 <input type="checkbox"/> Anormal 0 <input type="checkbox"/> NE 9 <input type="checkbox"/>
-----	--------------	--

<b>OBSERVACIONES:</b>

## 8.0. LABORATORIO TOXICOLOGICO

Supervisor: Esta parte del formulario se utilizará únicamente para los casos y controles, una vez estos hayan sido seleccionados siguiendo el procedimiento que se describe en el recuadro.

### PROCEDIMIENTO PARA SELECCIONAR LOS SUJETOS DE ESTUDIO A QUIENES SE LES TOMARAN MUESTRAS DE LABORATORIO

*El objetivo consiste en seleccionar 33 casos y 33 controles por cada uno de los 3 municipios para un total de 200 sujetos, siguiendo el procedimiento que se describe a continuación.*

#### **SELECCIÓN DE LOS CASOS.**

*Primero, se identificarán todos los sujetos que respondan afirmativamente a las siguientes preguntas:*

*P101*

*P503*

*P516.a.*

*P523.a.-b.*

*Segundo, se seleccionarán todos aquellos sujetos cuyos nombres concuerden con la lista de quejosos de la Secretaría de Salud del Putumayo.*

*Tercero, se seleccionarán, en orden de atención, todos aquellos sujetos cuyos nombres concuerden con la lista de quejosos de la Defensoría y la Procuraduría, hasta completar 33 sujetos. Cuarto, asignar un código de 1 a 100, registrar el mismo número en los dos espacios asignados para código en la celda No. 205 y marcar con una X, la casilla correspondiente a casos.*

#### **2 SELECCION DE LOS CONTROLES.**

*Primero, seleccionar los controles potenciales quienes serán todos los sujetos respondan negativamente a todas las preguntas anteriores. Segundo, por cada caso seleccionado, se identificará una pareja que cumpla con las siguientes tres condiciones:*

- *Mismo lugar de residencia del caso.*
- *Mismo género del caso.*
- *Edad similar a la del caso: + o – dos años con respecto a la edad del caso.*

*Tercero, marcar con una X en la celda No. 205 la casilla correspondiente a controles. Si el sujeto, no fue incluido en el grupo de estudio, marcar con una X la casilla correspondiente a la opción “excluido”.*

803

Prueba:	Niveles Encontrados:
a. Glifosato en Orina	
b. Paraquat en Orina	
c. Niveles de Colinesterasas en Sangre	

## 8.2. LABORATORIO TOXICOLOGICO DE PROCESAMIENTO INTERNACIONAL

<b>804</b>	Código de Identificación: Muestra de Orina	
------------	--	--

<b>805</b>	Código de Identificación: Muestra de Sangre:	
------------	--	--

<b>806</b>	
Prueba:	Niveles Encontrados:
Glifosato en Orina	
Paraquat en Orina	
Niveles de Colinesterasas en Sangre	

## 9.0. DIAGNOSTICO

<b>901</b>	
Diagnósticos Presuntivo:	Código CIE

<b>902</b>	
Otros Diagnósticos:	Código CIE
a. Dx.	
b. Dx.	
c. Dx.	
d. Dx.	

<b>903</b>			
Cuadro clinico compatible con intoxicaciona por:	SI	NO	NS
Fosfonometilglicina	1	2	3
Bipiridilos	1	2	3
Organofosfatos	1	2	3

<b>904</b>	
Diagnóstico Definitivo:	Codigo CIE

<b>OBSERVACIONES:</b>

**MUCHAS GRACIAS POR LA INFORMACION SUMINISTRADA. QUIERO REITERARLE QUE SERA TRATADA CON CONFIDENCIALIDAD Y SOLO SERA UTILIZADA CON FINES MEDICOS Y CIENTIFICOS.**