



**MANUAL DE USUARIO
SISTEMA DE INFORMACIÓN -SALUD MENTAL**

**MANUAL DE USUARIO
SISTEMA DE INFORMACIÓN -SALUD MENTAL**

OFICINA ASESORA DE PLANEACION

Este manual es de propiedad exclusiva del INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, por lo cual no debe ser reproducido, distribuido, corregido o prestado, total o parcialmente por cualquier medio sin la previa autorización de la Dirección del IDSN, el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación o el Coordinador del Sistema de Gestión de la Calidad.

Elaboró: DIANA TORRES SILVA. Contratista.	Revisó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Especializado	Aprobó: GINA MONTENEGRO GUEVARA Jefe de Planeación
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014

MANUAL DE USUARIO
SISTEMA DE INFORMACIÓN -SALUD MENTAL

Acceso al Sistema

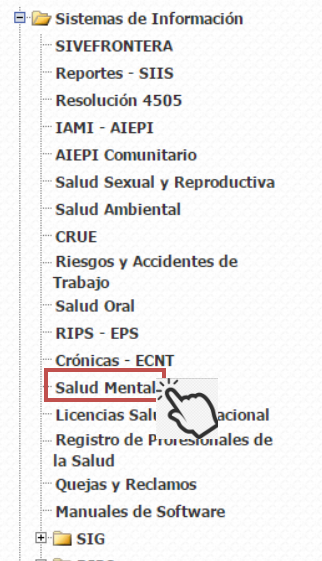
El ingreso al Sistema de Información de Salud Mental se realiza a través de la siguiente página Web, que pertenece al Instituto Departamental de Salud de Nariño <http://www.idsn.gov.co/>

Luego en la sección Sistemas de Información



Nos dirigimos a la mitad de la página en su parte lateral derecha y encontramos la siguiente imagen, donde seleccionaremos "Salud Mental"

OFICINA ASESORA DE
PLANEACIÓN



Elaboró: DIANA TORRES SILVA. Contratista.	Revisó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Especializado	Aprobó: GINA MONTENEGRO GUEVARA Jefe de Planeación
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014

Nos dirige a:

Aquí seleccionaremos el link "Acceda al sistema aquí..."



Presentará la siguiente ventana:




Aquí digitamos el usuario y contraseña que halla sido asignado a su entidad.

Realizado esto, nos lleva al menu principal donde contamos con permisos para ingresar pacientes, modificar sus datos, registrar información de los diferentes Tamizajes y para controlar el registro tiene un item de reportes y seguimientos.

Elaboró: DIANA TORRES SILVA. Contratista.	Revisó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Especializado	Aprobó: GINA MONTENEGRO GUEVARA Jefe de Planeación
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014



1  Registrar la información personal del paciente.

El sistema se conecta la base de datos Unica de Afiliados (BDUA), para facilitar el ingreso de la información. Para ello se digita el numero de identificación y luego la tecla TAB; si el usuario esta en la BDUA carga inmediatamente los siguientes datos como son: Tipo de identificación, Primer Nombre, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo apellido, Fecha de Nacimiento, genero, zona, Regimen de afiliación, aseguradora. Se debe ingresar la información faltante en el formulario, que sería Estado civil, Orientación sexual, Etnia, Religión, Escolaridad, Discapacidad, Víctima conflicto armado, Dirección y telefono. *Todos los datos son obligatorios*.



DATOS PERSONALES

* No. de Identificación: 98394456 * Tipo Identificación: Cedula de ciudadanía * Primer Nombre: HERNANDO * Segundo Nombre: FERNEY * Primer Apellido: RODRIGUEZ * Segundo Apellido: MENESES

* Fecha Nacimiento: 12/05/1976 * Género: * Zona: * Régimen de Afiliación: Contributivo

* Aseguradora: SALUDCOOP EPS

* Estado Civil: * Orientación Sexual: * Etnia: * Religión: * Escolaridad

* Discapacidad: No * Víctima Conflicto Armado: Ninguna * Dirección: * Telefono:

Aceptar Cancelar

[Descargar Manual de Usuario](#)

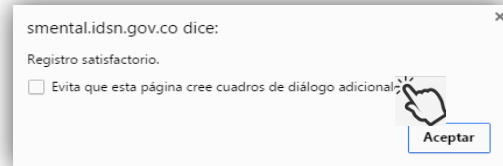
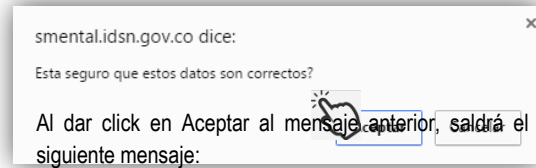
Instituto Departamental de Salud de Nariño.

Elaboró: DIANA TORRES SILVA. Contratista.	Revisó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Especializado	Aprobó: GINA MONTENEGRO GUEVARA Jefe de Planeación
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014



MANUAL DE USUARIO SISTEMA DE INFORMACIÓN -SALUD MENTAL

Después de ingresar la información dar click en el botón Aceptar, aparece una alerta donde pregunta:



Dar click en Botón Aceptar y el sistema nos regresa al menú principal.

Elaboró: DIANA TORRES SILVA. Contratista.	Revisó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Especializado	Aprobó: GINA MONTENEGRO GUEVARA Jefe de Planeación
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014

TAMIZAJES



Esta opción permite ingresar información relacionada Test de consumo de alcohol, tabaco y drogas, consta de 8 preguntas. Lo primero que se tiene q verificar es si el paciente esta registrado en el sistema, para ello se ingresa la Fecha en que se realiza la encuesta y el numero de Identificación del paciente, luego dar click en el boton buscar.

INFORME CLINICO

Fecha: No. de Identificación:

Si el paciente se encuentra registrado con sus datos personales en el sistema, aparece la siguiente ventana, con la información basica del paciente y el formato de la encuesta para ingresar la información, así:

INFORME CLINICO

Fecha: No. de Identificación:

Nombre: WILLIAN ORLANDO CALDERON QUIGUANTAR Fecha Nacimiento: 12/10/1980 Genero: M Zona: Urbana No Discapacidad: Etnia: Mestizo Técnico Escolaridad: Regimen:

Pregunta Número: 1

datos básicos del paciente

Numero pregunta

Pregunta

items a responder

A lo largo de su vida ¿Cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO MEDICOS)	No	Si
a. Tabaco(Cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Bebidas alcoholicas (cerveza, vino, licores destilados, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Cocaina (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extais, pildoras, adelgazantes, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Inhalantes (Pegantes, gasolina, solventes, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimasin/Alprazolam/xzanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Otras sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cada items de para respuesta, cuenta con dos opción Si, No, siempre debe seleccionar una respuesta.

Se debe ingresar información en todas los items para poder continuar con la encuesta , de lo contrario no lo deja continuar a la pregunta número 2 y asi sucesivamente hasta llegar a la pregunta No 8.

Pregunta Número: 8

¿Ha consumido alguna vez alguna droga por via inyectada? UNICAMENTE PARA USOS NO MEDICO	Nunca	Si en los últimos tres meses	Si, No en los últimos tres meses
a. ¿Ha consumido alguna vez alguna droga por via inyectada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Al dar click en Calcular puntaje Aparece una alerta preguntando si los datos son correctos.

smental.ids.gov.co dice:

Esta seguro que estos datos son correctos?

Evita que esta página cree cuadros de diálogo adicionales.

Dar click en aceptar. Aparece la siguiente ventana informandonos la puntuación y el diagnostico de cada una de las variables.

Elaboró: DIANA TORRES SILVA. Contratista.	Revisó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Especializado	Aprobó: GINA MONTENEGRO GUEVARA Jefe de Planeación
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014

Si los datos son correctos, dar Click en Aceptar para obtener el puntaje y posible diagnostico.

INFORME CLINICO		
RESULTADO PuntuACION		
VARIABLE	PuntuACION	DIAGNOSTICO
a. Tabaco(Cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	19	INTERVENCION BREVE
b. Bebidas alcoholicas (cerveza, vino, licores destilados, etc)	29	TRATAMIENTO MAS INTE
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc)	25	INTERVENCION BREVE
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	21	INTERVENCION BREVE
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extais, pildoras, adelgazantes, etc.)	16	INTERVENCION BREVE
f. Inhalantes (Pegantes, gasolina, solventes, etc)	16	INTERVENCION BREVE
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimasin/Alprazolam/xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc)	16	INTERVENCION BREVE
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc)	19	INTERVENCION BREVE
i. Opiaceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc)	11	INTERVENCION BREVE
j. Otras sustancias	0	SIN INTERVENCION

DATOS PROFESIONAL QUIEN REALIZA LA CONSULTA

Nombres y Apellidos :

Cargo:

Teléfono:

Email:

Accion desarrollada :

Ingresar los datos del profesional y la accion desarrollada

Se debe ingresar toda la información y se da click en aceptar Aparece una alerta informando que los datos ya fueron ingresados, lo cual confirma que se ha guardado el registro.

Elaboró: DIANA TORRES SILVA. Contratista.	Revisó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Especializado	Aprobó: GINA MONTENEGRO GUEVARA Jefe de Planeación
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014

3



Esta opción permite ingresar información del tamizaje RQC-Niños realizada al menor de 15 años

En la siguiente pantalla solicita la fecha y el número de documento del menor.

INFORME CLINICO RQC

Fecha: No. de identificación:

Tener en cuenta la siguiente restricción:

smental.idsn.gov.co dice:

el paciente ya tiene dos consultas en este año

Evita que esta página cree cuadros de diálogo adicionales.

El paciente debe ser menos a quince años: de lo contrario aparecera el siguiente mensaje:

smental.idsn.gov.co dice:

EL PACIENTE TIENE MAS DE 15 ANOS !!!!!!!

Evita que esta página cree cuadros de diálogo adicionales.

Para realizar el Tamizaje aparece la siguiente pantalla:

INFORME CLINICO RQC

Fecha: No. de identificación:

Nombre: pepito perez Fecha Nacimiento: 16/08/2007 Genero: M Zona: Urbana No Discapacidad: No Etnia: Afrocolombiano Escolaridad: Primaria Incompleta Regimen:

Aun va al colegio: Grado Escolar que esta cursando:

SINTOMA	No	Si
1. ¿El Lenguaje del niño es anormal en alguna forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿El niño duerme mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿El niño ha huido de la casa frecuentemente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Ha robado cosas de la casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Se asusta o se pone nervioso sin razón ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿El niño casi nunca juega con otros niños?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿El niño se orina o defeca en la ropa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Calcular Puntaje

Datos del paciente menor de 15 años

Datos de Tamizaje

Click en Calcular Puntaje, Para que el sistema determine un posible diagnostico

Elaboró: DIANA TORRES SILVA. Contratista.	Revisó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Especializado	Aprobó: GINA MONTENEGRO GUEVARA Jefe de Planeación
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014

4



Esta opción permite ingresar información relacionada Test de síntomas SRQ Adultos sobre dificultades que pueda presentar el paciente.

CUESTIONARIO DE AUTOREPORTEAJE DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS PARA ADULTOS (SRQ)

Fecha: No. de Identificación:

Al digitar la fecha y el número de identificación del paciente aparece la siguiente imagen:

CUESTIONARIO DE AUTOREPORTEAJE DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS PARA ADULTOS (SRQ)

Fecha: No. de Identificación:

Nombre: WILLIAN ORLANDO CALDERON QUIGUANTAR Fecha Nacimiento: 12/10/1980 Genero: M Zona: Urbana Discapacidad: No Etnia: Meztizo Escolaridad: Técnico Regimen:

SINTOMAS SRQ

SINTOMAS SRQ	No	Si
1. ¿Tienes dolores de cabeza frecuentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Tiene mal apetito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Duerme mal ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Se asusta con facilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Sufre de temblor de manos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Sufre de mala digestión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Ni puede pensar con claridad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Se siente triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Es Incapaz de desempeñar un papel útil en su vida ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Siente que usted es una persona útil ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿ Tiene sensaciones desagradables en su estomago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿ Se cansa con facilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y Estaba tomando demasiado alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ¿ Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar pero no ha podido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. ¿Alguna vez le ha parecido que ud. Tomaba demasiado ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Calcular Puntaje

Datos del paciente SQR

Click en Calcular Puntaje, Para que el sistema determine un posible diagnóstico

Datos Tamizaje SQR

Elaboró: DIANA TORRES SILVA. Contratista.	Revisó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Especializado	Aprobó: GINA MONTENEGRO GUEVARA Jefe de Planeación
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014

5



Esta opción permite ingresar información relacionada Test de APGAR FAMILIAR, aplica cuando un paciente tiene problemas de **Alcohol o Sustancias psicoactivas**.

Se realiza un diagnostico familiar para determinar que tratamiento se realiza con el paciente.

APGAR FAMILIAR

Fecha: No. de Identificación:

APGAR FAMILIAR

Fecha: No. de Identificación:

Nombre: WILLIAN ORLANDO CALDERON QUIGUANTAR Fecha Nacimiento: 12/10/1980 Genero: M Zona: Urbana No Discapacidad: No Etnia: Mestizo Escolaridad: Técnico Regimen:

PREGUNTAS APGAR	Nunca	Casi Nunca	Algunas	Casi Siempre	Siempre
1. ¿Me siento satisfecha (o) con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Me siento satisfecha (o) con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Me siento satisfecha (o) con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nueva actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Me siento satisfecha (o) con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Me siento satisfecha (o) con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Click en Calcular Puntaje, Para que el sistema determine un posible diagnostico

Datos de APGAR FAMILIAR

Datos del paciente APGAR FAMILIAR

Elaboró: DIANA TORRES SILVA. Contratista.	Revisó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Especializado	Aprobó: GINA MONTENEGRO GUEVARA Jefe de Planeación
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014

6 
Reportes

Permite generar reportes segun cada Tamizaje, teniendo en cuenta además el rango de edad y periodo asi:

E.S.E. CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DEL PILAR


Tipo de Reporte: Edad1: Edad2:

Fecha Final Consultas:

E.S.E. CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DEL PILAR

Tipo de Reporte: Edad1: Edad2:

Fecha Inicial Consultas: Fecha Final Consultas:

 [Indicador_Assist_21102016-023954PM.xls](#)

Click para descargar
reporte de Tamizaje en
EXCEL

Elaboró: DIANA TORRES SILVA. Contratista.	Revisó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Especializado	Aprobó: GINA MONTENEGRO GUEVARA Jefe de Planeación
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014



Permite realizar seguimiento al paciente al cual se le ha realizado algún tamizaje. Presenta la siguiente pantalla:

Seguimiento..





SEGUIMIENTO

No. de Identificación:
 Año: 2014

SEGUIMIENTO

No. de Identificación: Año: 2016

Nombre: WILLIAN ORLANDO CALDERON QUIGUANTAR Fecha Nacimiento: 12/10/1980 Genero: M Zona: Urbana No Discapacidad: No Etnia: Mestizo Escolaridad: Técnico Regimen:

Tipo Consulta	Acción desarrollada	Fecha Encuesta	Nombre Agente	Seguimiento
APGAR	remision	07/06/2016	pepito perez	
ASSIST	ninguna	13/06/2016	erick guerrero	
ASSIST	sdfs	12/08/2016	fsd	
SRQ ADULTOS	remision	06/06/2016	fsd	

Click para realizar seguimiento

Al dar click en algún seguimiento, aparece la siguiente pantalla, donde ingresamos los datos del seguimiento:

SEGUIMIENTO

Nombres: WILLIAN ORLANDO CALDERON QUIGUANTAR Fecha Nacimiento: 12/10/1980

Se realizó Seguimiento a la Referencia: SI NO

Observaciones:

Se remito a San Rafael

Elaboró: DIANA TORRES SILVA. Contratista.	Revisó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Especializado	Aprobó: GINA MONTENEGRO GUEVARA Jefe de Planeación
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014