

# SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

## Ficha de notificación individual

### Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

#### 1. INFORMACIÓN GENERAL

##### 1.1 Código de la UPGD \*

5	2	0	0	1	0	1	1	0	2	0	1
Departamento		Municipio			Código				Sub-Índice		

##### Razón social de la unidad primaria generadora del dato \*

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

##### 1.2 Nombre del evento \*

CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS

##### Código del evento

1	1	5
---	---	---

##### 1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) \*

--	--	--	--	--	--	--	--

#### 2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

##### 2.1 Tipo de documento \*

RC  TI  CC  CE  PA  MS  AS  PE  CN  CD  SC  DE  PT

##### 2.2 Número de identificación \*

\*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD : CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

##### 2.3 Nombres y apellidos del paciente \*

##### 2.4 Teléfono \*

##### 2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--

##### 2.6 Edad \*

##### 2.7 Unidad de medida de la edad \*

1. Años  3. Días  5. Minutos  
 2. Meses  4. Horas  0. No aplica

##### 2.8 Nacionalidad \*

--	--	--

Código

##### 2.9 Sexo \*

M. Hombre  I. Indeterminado  
 F. Mujer

##### 2.10 Identidad de género

1. Hombre  3. Hombre trans  5. Otra  
 2. Mujer  4. Mujer trans  Cuál otra? \_\_\_\_\_

##### 2.11 Orientación sexual

1. Heterosexual  3. Bisexual  Cuál otra?  
 2. Gay/Lesbiana  4. Otra \_\_\_\_\_

##### 2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso \*

COLOMBIA

1	7	0
---	---	---

País

##### 2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso \*

--	--	--	--

Departamento Municipio

##### 2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso \*

1. Cabecera municipal  3. Rural disperso  
 2. Centro poblado

##### 2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso

NO APLICA

##### 2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso

Código

##### 2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso

##### 2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia

Código

##### 2.19 Ocupación del paciente \*

Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior

--	--	--	--	--	--	--	--

##### 2.20 Tipo de régimen en salud \*

P. Excepción  C. Contributivo  N. No Asegurado  
 E. Especial  S. Subsidiado  I. Indeterminado/ pendiente

##### 2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios \*

--	--	--	--	--	--	--	--

Código

##### 2.22 Pertenencia étnica \*

1. Indígena  2. Rom, Gitano  3. Raizal  4. Palenquero  5. Negro, mulato afro colombiano  6. Otro

##### 2.23 Estrato

##### 2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente \*

Personas en condición de discapacidad  Migrantes  Gestantes  Semanas de gestación  Población infantil a cargo del ICBF  Desmovilizados  Víctimas de violencia armada  
 Desplazados  Personas privadas de la libertad  Habitantes de la calle  Madres comunitarias  Centros psiquiátricos  Otros grupos poblacionales

#### 3. NOTIFICACIÓN

##### 3.1 Fuente

1. Notificación rutinaria  4. Búsqueda activa com.  
 2. Búsqueda activa Inst.  5. Investigaciones  
 3. Vigilancia Intensificada

##### 3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente \*

--	--	--	--	--

País Departamento Municipio

##### 3.3 Dirección de residencia \*

##### 3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--

##### 3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--

##### 3.6 Clasificación inicial de caso \*

1. Sospechoso  3. Conf. por laboratorio  
 2. Probable  4. Conf. Clínica  
 5. Conf. nexo epidemiológico

##### 3.7 Hospitalizado \*

Sí  No

##### 3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--

##### 3.9 Condición final \*

1. Vivo  
 2. Muerto  
 0. No sabe, no responde

##### 3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--

##### 3.11 Número certificado de defunción

##### 3.12 Causa básica de muerte

--	--	--	--

##### 3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha \*

##### 3.14 Teléfono del profesional \*

7333400 Ext:408

#### 4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

##### 4.1 Seguimiento y clasificación final del caso

0. No aplica  4. Conf. Clínica  6. Descartado  D. Descartado por error de digitación  
 3. Conf. por laboratorio  5. Conf. nexo epidemiológico  7. Otra actualización

##### 4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

**Cod INS 115. Cáncer en menores de 18 años**

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

**RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS**

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
-------------------------------------	---------------	------------------------

(marque con una X el grupo que corresponda según la presunción diagnóstica) **5. TIPO DE CÁNCER**

**5.1. Tipo de cáncer**

<input type="radio"/> 1. Leucemia linfocítica aguda	<input type="radio"/> 5. Tumores del sistema nervioso central	<input type="radio"/> 11. Sarcomas de tejidos blandos y extra óseos
<input type="radio"/> 2. Leucemia mieloide aguda	<input type="radio"/> 6. Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas	<input type="radio"/> 12. Tumores germinales trofoblásticos y otros gonadales
<input type="radio"/> 3. Otras leucemias	<input type="radio"/> 7. Retinoblastoma	<input type="radio"/> 13. Tumores epiteliales malignos y melanoma
<input type="radio"/> 4. Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	<input type="radio"/> 8. Tumores renales	<input type="radio"/> 14. Otras neoplasias malignas no especificadas
	<input type="radio"/> 9. Tumores hepáticos	
	<input type="radio"/> 10. Tumores óseos malignos	

<b>5.2 Fecha de inicio de tratamiento (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>5.3 ¿Consulta actual por segunda neoplasia?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>5.4 ¿Consulta actual por recaída?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>5.5 Fecha de diagnóstico Inicial (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--	--	---

**6. DATOS DE LABORATORIO – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS**

**6.1 Criterio de diagnóstico probable**

<input type="radio"/> 1. Extendido de sangre periférica	<input type="radio"/> 3. Gammagrafía	<input type="radio"/> 5. Clínica sin otra ayuda diagnóstica
<input type="radio"/> 2. Radiología diagnóstica	<input type="radio"/> 4. Marcadores tumorales	

**6.1.1 Fecha de toma (dd/mm/aaaa)**

**6.1.2 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)**

**6.2 Criterio de confirmación del diagnóstico**

<input type="radio"/> 1. Mielograma	<input type="radio"/> 3. Inmunotipificación	<input type="radio"/> 5. Certificado de defunción
<input type="radio"/> 2. Histopatología o citología de fluido corporal	<input type="radio"/> 4. Criterio médico especializado	<input type="radio"/> 7. Citogenética
		<input type="radio"/> 8. Radiología diagnóstica

**6.2.1 Fecha de toma (dd/mm/aaaa)**

**6.2.2 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)**