

# 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>1.1 Código de la UPGD *</b><br><input type="text" value="5"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/><br>Departamento Municipio Código Sub-Índice |  |  |  | <b>Razón social de la unidad primaria generadora del dato *</b><br>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO        |  |  |  |
| <b>1.2 Nombre del evento *</b><br>CHAGAS   |  |  |  | <b>Código del evento</b><br><input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> |  | <b>1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *</b><br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |  |

#### 2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

|  |  |   |  |  |  |   |  |
|--|--|---|--|--|--|---|--|
| <b>2.1 Tipo de documento *</b><br><input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> MS <input type="radio"/> AS <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CD <input type="radio"/> SC <input type="radio"/> DE <input type="radio"/> PT   |  |   |  | <b>2.2 Número de identificación *</b><br><input type="text"/>  |  |   |  |
| <small>*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</small>  |  |   |  |  |  |   |  |
| <b>2.3 Nombres y apellidos del paciente *</b>  |  |   |  | <b>2.4 Teléfono *</b><br><input type="text"/>  |  |   |  |
| <b>2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b><br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>  |  | <b>2.6 Edad *</b>   |  | <b>2.7 Unidad de medida de la edad *</b><br><input type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 3. Días <input type="radio"/> 5. Minutos<br><input type="radio"/> 2. Meses <input type="radio"/> 4. Horas <input type="radio"/> 0. No aplica |  | <b>2.8 Nacionalidad *</b><br><input type="text"/>   |  |
| <b>2.9 Sexo *</b><br><input type="radio"/> M. Hombre <input type="radio"/> I. Indeterminado<br><input type="radio"/> F. Mujer  |  | <b>2.10 Identidad de género</b><br><input type="radio"/> 1. Hombre <input type="radio"/> 3. Hombre trans <input type="radio"/> 5. Otra<br><input type="radio"/> 2. Mujer <input type="radio"/> 4. Mujer trans <b>Cuál otra?</b>   |  | <b>2.11 Orientación sexual</b><br><input type="radio"/> 1. Heterosexual <input type="radio"/> 3. Bisexual <b>Cuál otra?</b><br><input type="radio"/> 2. Gay/Lesbiana <input type="radio"/> 4. Otra   |  |   |  |
| <b>2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *</b><br>COLOMBIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/><br><small>País</small>  |  | <b>2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *</b><br><input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Departamento Municipio</small>   |  | <b>2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *</b><br><input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso<br><input type="radio"/> 2. Centro poblado  |  |   |  |
| <b>2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso</b><br>NO APLICA  |  | <b>2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso</b><br><input type="text"/><br><small>Código</small>  |  | <b>2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso</b><br><input type="text"/>   |  | <b>2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia</b><br><input type="text"/><br><small>Código</small> |  |
| <b>2.19 Ocupación del paciente *</b><br><small>Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior</small> <input type="text"/>   |  | <b>2.20 Tipo de régimen en salud *</b><br><input type="radio"/> P. Excepción <input type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> N. No Asegurado<br><input type="radio"/> E. Especial <input type="radio"/> S. Subsidiado <input type="radio"/> I. Indeterminado/ pendiente |  | <b>2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *</b><br><input type="text"/>  |  |   |  |
| <b>2.22 Pertenencia étnica *</b> <input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 2. Rom, Gitano <input type="radio"/> 3. Raizal <input type="radio"/> 4. Palenquero <input type="radio"/> 5. Negro, mulato afro colombiano <input type="radio"/> 6. Otro   |  |   |  |  |  | <b>2.23 Estrato</b><br><input type="text"/>   |  |
| <b>2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *</b><br><input type="checkbox"/> Personas en condición de discapacidad <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Población infantil a cargo del ICBF <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Víctimas de violencia armada<br><input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Personas privadas de la libertad <input type="checkbox"/> Habitantes de la calle <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales |  |   |  |  |  |   |  |

#### 3. NOTIFICACIÓN

|   |  |  |  |  |  |   |  |
|---|--|--|--|--|--|---|--|
| <b>3.1 Fuente</b><br><input checked="" type="radio"/> 1. Notificación rutinaria <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa com.<br><input type="radio"/> 2. Búsqueda activa Inst. <input type="radio"/> 5. Investigaciones<br><input type="radio"/> 3. Vigilancia Intensificada |  | <b>3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *</b><br>País <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> |  |  |  |   |  |
| <b>3.3 Dirección de residencia *</b>  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)</b><br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>   |  | <b>3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)</b><br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>  |  | <b>3.6 Clasificación inicial de caso *</b><br><input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio<br><input type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica<br><input type="radio"/> 5. Conf. nexa epidemiológico |  | <b>3.7 Hospitalizado *</b><br><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |  |
| <b>3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)</b><br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>  |  | <b>3.9 Condición final *</b><br><input type="radio"/> 1. Vivo<br><input type="radio"/> 2. Muerto<br><input type="radio"/> 0. No sabe, no responde                    |  | <b>3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)</b><br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>  |  | <b>3.11 Número certificado de defunción</b><br><input type="text"/>             |  |
| <b>3.12 Causa básica de muerte</b><br><input type="text"/>  |  | <b>3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *</b><br><input type="text"/>   |  |  |  | <b>3.14 Teléfono del profesional *</b><br>7333400 Ext:408                       |  |

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

|   |  |  |  |   |  |  |  |
|---|--|--|--|---|--|--|--|
| <b>4.1 Seguimiento y clasificación final del caso</b><br><input type="radio"/> 0. No aplica <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 6. Descartado <input type="radio"/> D. Descartado por error de digitación<br><input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 5. Conf. nexa epidemiológico <input type="radio"/> 7. Otra actualización |  |  |  | <b>4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)</b><br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |  |  |  |
|---|--|--|--|---|--|--|--|

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

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

**Cod INS 205. Chagas**

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 |
|-------------------------------------|---------------|------------------------|

Un caso de Chagas agudo confirmado es todo caso probable de Chagas agudo que cumpla con alguno de los siguientes criterios de laboratorio: examen parasitológico directo (micrométodo, gota gruesa/frotis, microhematocrito o Strout) o indirecto (PCR o hemocultivo) positivo para *T. cruzi*, y de acuerdo al nuevo algoritmo de diagnóstico serológico, evidencia de seroconversión en dos pruebas serológicas de diferente principio antigénico, en dos muestras diferentes con una diferencia mayor a tres semanas (21 días), la seroconversión de una muestra de negativa a positiva aplica únicamente cuando no sea posible la evidencia del *T. cruzi* en alguno de los métodos parasitológicos.

**5. INFORMACIÓN CLÍNICA**

**5.1 Clasificación del caso**     1. Agudo                       2. Crónico                      **5.2 Reactivación**     1. Si                       2. No

**5.3 Marque con una X las manifestaciones clínicas que presente el paciente agudo**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiebre                       | <input type="checkbox"/> Adenopatías |
| <input type="checkbox"/> Disnea                       | <input type="checkbox"/> Romaña      |
| <input type="checkbox"/> Edema facial                 | <input type="checkbox"/> Chagoma     |
| <input type="checkbox"/> Edema en miembros inferiores |                                      |
| <input type="checkbox"/> Derrame pericárdico          |                                      |
| <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia         |                                      |

**5.4 Marque con una X las manifestaciones clínicas que presente el paciente crónico**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Falla cardíaca | <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Disfagia       |  |
| <input type="checkbox"/> Dolor torácico |  |
| <input type="checkbox"/> Bradicardia    |  |

**6. ESTUDIOS REALIZADOS**

**Pruebas parasitológicas**

- |                                      |                                   |                                   |  |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| 6.1. Micrométodo                     | <input type="radio"/> 1. Positivo | <input type="radio"/> 2. Negativo | <input type="radio"/> 3. No se realizo |
| 6.2 Gota gruesa / frotis de sangre   | <input type="radio"/> 1. Positivo | <input type="radio"/> 2. Negativo | <input type="radio"/> 3. No se realizo |
| 6.3 Microhematocrito / examen fresco | <input type="radio"/> 1. Positivo | <input type="radio"/> 2. Negativo | <input type="radio"/> 3. No se realizo |
| 6.4 Strout                           | <input type="radio"/> 1. Positivo | <input type="radio"/> 2. Negativo | <input type="radio"/> 3. No se realizo |

**Pruebas serológicas**

- |   |                                   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| 6.5. ELISA Ag totales (convencional)                                    | <input type="radio"/> 1. Positivo | <input type="radio"/> 2. Negativo | <input type="radio"/> 3. No se realizo |
| 6.6. ELISA/CLIA Ag recombinantes/ péptidos sintéticos (no convencional) | <input type="radio"/> 1. Positivo | <input type="radio"/> 2. Negativo | <input type="radio"/> 3. No se realizo |
| 6.7. IFI IgG <i>T. cruzi</i>  | <input type="radio"/> 1. Positivo | <input type="radio"/> 2. Negativo | <input type="radio"/> 3. No se realizo |
| 6.8 Inmunoblot  | <input type="radio"/> 1. Positivo | <input type="radio"/> 2. Negativo | <input type="radio"/> 3. No se realizo |

**7. POSIBLE VÍA DE TRANSMISIÓN**

- |  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 1. Vectorial     | <input type="radio"/> 3. Congénita | <input type="radio"/> 5. Transplante              |
| <input type="radio"/> 2. Transfusional | <input type="radio"/> 4. Vía oral  | <input type="radio"/> 6. Accidente de laboratorio |