

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

#### 2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

<b>2.1 Tipo de documento *</b> <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> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<b>2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<b>2.6 Edad *</b>		<b>2.7 Unidad de medida de la edad *</b> <input type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 3. Días <input type="radio"/> 5. Minutos <input type="radio"/> 2. Meses <input type="radio"/> 4. Horas <input type="radio"/> 0. No aplica			<b>2.8 Nacionalidad *</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Código			
<b>2.9 Sexo *</b> <input type="radio"/> M. Hombre <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Mujer		<b>2.10 Identidad de género</b> <input type="radio"/> 1. Hombre <input type="radio"/> 3. Hombre trans <input type="radio"/> 5. Otra <input type="radio"/> 2. Mujer <input type="radio"/> 4. Mujer trans <b>Cuál otra?</b> _____			<b>2.11 Orientación sexual</b> <input type="radio"/> 1. Heterosexual <input type="radio"/> 3. Bisexual <b>Cuál otra?</b> _____ <input type="radio"/> 2. Gay/Lesbiana <input type="radio"/> 4. Otra _____						
<b>2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *</b> COLOMBIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> País			<b>2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Departamento Municipio			<b>2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *</b> <input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado					
<b>2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso</b> NO APLICA		<b>2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso</b> Código <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso</b>		<b>2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia</b> Código <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
<b>2.19 Ocupación del paciente *</b> Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior Código <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<b>2.20 Tipo de régimen en salud *</b> <input type="radio"/> P. Excepción <input type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> N. No Asegurado <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> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Código					
<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>	
<b>2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *</b> <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 <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> <input checked="" type="radio"/> 1. Notificación rutinaria <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa com. <input type="radio"/> 2. Búsqueda activa Inst. <input type="radio"/> 5. Investigaciones <input type="radio"/> 3. Vigilancia Intensificada			<b>3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *</b> País <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
<b>3.3 Dirección de residencia *</b>											
<b>3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<b>3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<b>3.6 Clasificación inicial de caso *</b> <input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 5. Conf. nexa epidemiológico			<b>3.7 Hospitalizado *</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
<b>3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<b>3.9 Condición final *</b> <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde		<b>3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<b>3.11 Número certificado de defunción</b>			
<b>3.12 Causa básica de muerte</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<b>3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *</b>				<b>3.14 Teléfono del profesional *</b> 7333400 Ext:408			

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

<b>4.1 Seguimiento y clasificación final del caso</b> <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 <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> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <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 215. Defectos congénitos**

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**

<b>A. Nombres y apellidos del paciente</b>	<b>B. Tipo de ID</b>	<b>C. Número de documento</b>
--	----------------------	-------------------------------

<b>A. Nombres y apellidos del paciente</b>	<b>B. Tipo de ID*</b>	<b>C. Número de identificación</b>	
<b>D. Nombres y apellidos de la madre</b>	<b>E. Tipo de ID*</b>	<b>F. Número de identificación</b>	<b>G. Edad</b>

**5. INFORMACIÓN MATERNA**

<b>5.1 Número de embarazos totales</b>	<b>5.2 Nacidos vivos</b>	<b>5.3 Abortos (&lt;22 sem)</b>	<b>5.4 Mortinatos (&gt;=22)</b>	<b>5.5 Diagnóstico</b> <input type="radio"/> 1. Prenatal <input type="radio"/> 2. Postnatal	<b>5.5.1 Edad gestacional al diagnóstico</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>5.6 Patología crónica adicional o complicaciones durante el embarazo:</b>					
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No					
Cuales _____					

**6. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO**

<b>6.1 Embarazo múltiple</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>6.2 Nativo</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. No ha nacido	<b>6.3 Edad Gestacional al momento del nacimiento</b>	<b>6.4 Peso (Gramos) al nacer</b>	<b>6.5 Perímetro cefálico</b>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cm

**7. DEFECTOS CONGÉNITOS**

Registre los defectos congénitos de acuerdo a la priorización del anexo 2 del protocolo de vigilancia

<b>7.1 Defectos metabólicos (incluye el hipotiroidismo congénito)</b>
7.1.1 Descripción
<b>7.2. Defectos sensoriales</b>
7.2.1 Descripción
7.2.2 Descripción
<b>7.3 Malformaciones congénitas (Reporte las malformaciones en orden de gravedad)</b>
7.3.1 Descripción
7.3.2 Descripción
7.3.3 Descripción
7.3.4 Descripción
7.3.5 Descripción

**8. DATOS DE LABORATORIO**

<b>8.1 STORCH en recién nacido</b>		
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		
<b>8.2 Hipotiroidismo exámenes de tamizaje y confirmación</b>		
<b>8.2.1 TSH</b>	<b>8.2.2 T4 Total suero</b>	<b>8.2.3 T4 libre suero</b>
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
<b>8.3 Resultado</b>		
<b>8.3.1 TSH</b>	<b>8.3.2 T4 Total Suero</b>	<b>8.3.3 T4 Libre Suero</b>
<input type="text"/> 1. Alto <input type="text"/> 2. Normal	<input type="text"/> 2. Bajo <input type="text"/> 3. Normal	<input type="text"/> 2. Bajo <input type="text"/> 3. Normal