



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila  
 Ficha de notificación individual – Datos complementarios

**Cod INS 230. Difteria**

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

Definición clínica: paciente que presenta una enfermedad aguda de las amígdalas, faringe, nariz, y se caracteriza por una o varias placas grisáceas adherentes confluentes e invasoras, con una zona inflamatoria circundante de color rojo mate, dolor de garganta, aumento de volumen del cuello, fiebre, cefalea y grado variable de compromiso del estado general. La enfermedad puede afectar otras localizaciones como mucosas y piel.

**5. ANTECEDENTES**

<p><b>5.1 ¿Contacto de un caso confirmado?</b></p> <p><input type="radio"/> 1. Sí   <input type="radio"/> 2. No   <input type="radio"/> 3. Desconocido</p> <p><b>5.2 ¿Tiene carné de vacunación?</b></p> <p><input type="radio"/> 1. Sí   <input type="radio"/> 2. No</p>	<p><b>5.3 Dosis aplicadas de vacuna antidiftérica</b></p> <p><input type="radio"/> 0. Ninguna   <input type="radio"/> 4. Primer Refuerzo</p> <p><input type="radio"/> 1. Una   <input type="radio"/> 5. Segundo Refuerzo</p> <p><input type="radio"/> 2. Dos</p> <p><input type="radio"/> 3. Tres ò mas dosis</p>	<p><b>5.4 Tipo de vacuna</b></p> <p><input type="radio"/> 1. DPT   <input type="radio"/> 4. TD</p> <p><input type="radio"/> 2. Pentavalente   <input type="radio"/> 3. Otra</p> <p><b>5.4.1 ¿Cuál otra?</b></p> <p>_____</p>
<p><b>5.5 Fecha de última dosis</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>		

**6. DATOS CLÍNICOS**

<p><b>6.1 Fiebre</b></p> <p><input type="radio"/> 1. Sí   <input type="radio"/> 2. No</p> <p><input type="radio"/> 3. Desconocido</p>	<p><b>6.2 Amigdalitis</b></p> <p><input type="radio"/> 1. Sí   <input type="radio"/> 2. No</p> <p><input type="radio"/> 3. Desconocido</p>	<p><b>6.3 Faringitis</b></p> <p><input type="radio"/> 1. Sí   <input type="radio"/> 2. No</p> <p><input type="radio"/> 3. Desconocido</p>	<p><b>6.4 Laringitis</b></p> <p><input type="radio"/> 1. Sí   <input type="radio"/> 2. No</p> <p><input type="radio"/> 3. Desconocido</p>
<p><b>6.5 Presencia de membranas</b></p> <p><input type="radio"/> 1. Sí   <input type="radio"/> 2. No</p> <p><input type="radio"/> 3. Desconocido</p>	<p><b>6.6 Complicaciones</b></p> <p><input type="radio"/> 1. Sí   <input type="radio"/> 2. No</p> <p><input type="radio"/> 3. Desconocido</p>	<p><b>6.7 Tipo de complicación</b></p> <p><input type="radio"/> 1. Neurológica   <input type="radio"/> 3. Cardíaca   <input type="radio"/> 5. Otro</p> <p><input type="radio"/> 2. Renal   <input type="radio"/> 4. Traquetomía</p>	

**7. DATOS DE LABORATORIO**

La información relacionada con laboratorios debe ingresarse a través del módulo de laboratorios del aplicativo sivigila

<p><b>7.1 Fecha toma de examen (dd-mm-aaaa)</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><b>7.2 Fecha de recepción (dd-mm-aaaa)</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><b>7.3 Muestra</b></p> <p><input type="text"/></p>	<p><b>7.4 Prueba</b></p> <p><input type="text"/></p>	<p><b>7.5 Agente</b></p> <p><input type="text"/></p>
<p><b>7.6 Resultado</b></p> <p><input type="text"/></p>	<p><b>7.7 Fecha de resultado (dd-mm-aaaa)</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><b>7.8 Valor</b></p> <p><input type="text"/></p>		