

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 *

EVENTO ADVERSO GRAVE POSTERIOR A LA VACUACION

Código del evento

2 9 8

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 *

Grupo étnico

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 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. nexos 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. nexos 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 298. Evento adverso grave posterior a la vacunación

FOR-R02.0000-075 V:05 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
-------------------------------------	---------------	------------------------

5. VACUNAS IMPLICADAS EN EL EAPV

Las vacunas orales (antipolio oral y antirotavírica) no causan reacciones locales, abscesos y celulitis.

5.1 Vacuna - 1	Dosis - 2	Vía - 3	Sitio - 4	Fecha de administración (dd/mm/aaaa)	Fabricante	Lote
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código	Código	Código	Código			
5.2 Vacuna - 1	Dosis - 2	Vía - 3	Sitio - 4	Fecha de administración (dd/mm/aaaa)	Fabricante	Lote
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código	Código	Código	Código			
5.3 Vacuna - 1	Dosis - 2	Vía - 3	Sitio - 4	Fecha de administración (dd/mm/aaaa)	Fabricante	Lote
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código	Código	Código	Código			
5.4 Vacuna - 1	Dosis - 2	Vía - 3	Sitio - 4	Fecha de administración (dd/mm/aaaa)	Fabricante	Lote
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código	Código	Código	Código			

1. Vacuna | 1:BCG | 2:DPT | 3: ANTIPOLIO ORAL | 4:HB | 5:HIB | 6:PENTAVALENTE | 7:TRIPLE VIRAL | 8:F.A. | 9:SR- 10:Td/TD | 11:INFLUENZA | 12:Tdap | 13:ANTINEUMOCOCO | 14:ANTIVARICELA | 15: ANTIROTAVIRICA | 17: HEPATITIS A | 18: Anti VPH | 19: ANTIMENINGOCOCO | 20: ANTIRRABICA | 21: ANTIPOLIO INYECTABLE | 22: HEXAVALENTE | 23: AntiTyphi | 24: COVID-19 | 16: OTRA |

2. Dosis | 1:PRIMERA | 2:SEGUNDA | 3:TERCERA | 4:ADICIONAL RN | 5:-ÚNICA | 6:REFUERZO |

3. Vía | 1:ORAL | 2: INTRADÉRMICA | 3: SUBCUTÁNEA | 4: INTRAMUSCULAR|

4. Sitio | 1:HOMBRO DER. | 2 HOMBRO IZQ. | 3: BRAZO DER. | 4: BRAZO IZQ. | 5: GLÚTEO DER. | 6: GLÚTEO IZQ. | 7: MUSLO DER. | 8: MUSLO IZQ | 9 ORAL

6. DATOS CLÍNICOS

6.1 Hallazgos semiológicos (marque con una x los que se presente) Las vacunas orales (antipolio oral y antirotavírica) no causan reacciones locales, abscesos y celulitis.

<input type="checkbox"/> Adenitis post BCG	<input type="checkbox"/> Absceso	<input type="checkbox"/> Linfadenitis	<input type="checkbox"/> Fiebre mayor 38.5 °C	<input type="checkbox"/> Convulsión febril	<input type="checkbox"/> Convulsión sin fiebre
<input type="checkbox"/> Episodio hipotónico	<input type="checkbox"/> Parestesia	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Encefalopatía	<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Choque anafiláctico	<input type="checkbox"/> Guillain Barre	<input type="checkbox"/> Celulitis	<input type="checkbox"/> Llanto persistente mayor a 3 horas	<input type="checkbox"/> Fatiga
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles otros? _____	

6.2 Tiempo transcurrido entre la aplicación y los síntomas

6.3 Unidad de medida 2. Meses 3. Dias 4. Horas 5. Minutos

7. ANTECEDENTES

7.1 ¿Tiene antecedentes patológicos? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No ¿Cuáles? _____	7.2 ¿Tiene antecedentes alérgicos? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No ¿Cuáles? _____
7.3 ¿Tiene antecedentes previos de reacción a vacunas? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No ¿Cuáles? _____	

8. ESTADO Y CLASIFICACIÓN FINAL

8.1 Estado final del paciente (Solo aplica si en datos básicos condición final es 1='Vivo')

2 Recuperación sin secuelas 3 Recuperación con secuelas

8.3 Clasificación final del caso

2. Caso atribuido al programa de inmunización 3. Caso coincidente 4. Caso no concluyente 6. Caso atribuido a los componentes de la vacuna.

7. Caso relacionado con un defecto de calidad de la vacuna 8. Caso relacionado con la ansiedad asociada a la vacuna. 5. Pendiente