

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 * TRACOMA	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) * [3] [0] [5] / [] [] / [] [] [] []

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento * <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	2.2 Número de identificación * []		
<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>			
2.3 Nombres y apellidos del paciente * []	2.4 Teléfono * []		
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) [] [] / [] [] / [] [] [] [] [] [] []	2.6 Edad * <input type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 2. Meses <input type="radio"/> 3. Días <input type="radio"/> 4. Horas <input type="radio"/> 5. Minutos <input type="radio"/> 0. No aplica	2.7 Unidad de medida de la edad * <input type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 2. Meses <input type="radio"/> 3. Días <input type="radio"/> 4. Horas <input type="radio"/> 5. Minutos <input type="radio"/> 0. No aplica	2.8 Nacionalidad * []
2.9 Sexo * <input type="radio"/> M. Hombre <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Mujer	2.10 Identidad de género <input type="radio"/> 1. Hombre <input type="radio"/> 2. Mujer <input type="radio"/> 3. Hombre trans <input type="radio"/> 4. Mujer trans <input type="radio"/> 5. Otra <input type="radio"/> Cuál otra?	2.11 Orientación sexual <input type="radio"/> 1. Heterosexual <input type="radio"/> 2. Gay/Lesbiana <input type="radio"/> 3. Bisexual <input type="radio"/> 4. Otra <input type="radio"/> Cuál otra?	
2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso * COLOMBIA [1] [7] [0] <small>País</small>	2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso * []	2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso * <input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 2. Centro poblado <input type="radio"/> 3. Rural disperso	
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 * <small>Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior</small> Código []	2.20 Tipo de régimen en salud * <input type="radio"/> P. Excepción <input type="radio"/> E. Especial <input type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> S. Subsidiado <input type="radio"/> N. No Asegurado <input type="radio"/> I. Indeterminado/ pendiente	2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios * []	
2.22 Pertenencia étnica * <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	2.23 Estrato []		
2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente * <input type="checkbox"/> Personas en condición de discapacidad <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Personas privadas de la libertad <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Habitantes de la calle <input type="checkbox"/> Semanas de gestación <input type="checkbox"/> Población infantil a cargo del ICBF <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input type="checkbox"/> Víctimas de violencia armada <input type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales			

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente <input checked="" type="radio"/> 1. Notificación rutinaria <input type="radio"/> 2. Búsqueda activa Inst. <input type="radio"/> 3. Vigilancia Intensificada <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa com. <input type="radio"/> 5. Investigaciones	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 * <input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 2. Probable <input checked="" type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 5. Conf. nexos epidemiológico	3.7 Hospitalizado * <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) [] [] / [] [] / [] [] [] [] [] [] []	3.9 Condición final * <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 0. No aplica <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 5. Conf. nexos epidemiológico <input type="radio"/> 6. Descartado <input type="radio"/> 7. Otra actualización <input type="radio"/> D. Descartado por error de digitación	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 305. Tracoma

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

5. DATOS ESPECÍFICOS

5.1 Tiempo en residencia actual <input type="radio"/> 1. Menor de 5 años <input type="radio"/> 2. Entre 5 y 15 años <input type="radio"/> 3. 15 y más	5.2 Historia de cirugía de triquiasis <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.3 ¿En cuál ojo? <input type="radio"/> 1. Derecho <input type="radio"/> 2. Izquierdo <input type="radio"/> 3. Ambos	5.4 Párpado ojo derecho <input type="radio"/> 1. Párpado superior <input type="radio"/> 2. Párpado inferior <input type="radio"/> 3. Ambos	5.5 Párpado ojo izquierdo <input type="radio"/> 1. Párpado superior <input type="radio"/> 2. Párpado inferior <input type="radio"/> 3. Ambos
---	--	--	--	--

6. CUADRO CLÍNICO, EXAMEN OCULAR EXTERNO

6.1 ¿Cicatrices en mucosa tarsal 1. Sí 2. No 6.1.1 ¿ En cuál ojo? 1. Derecho 2. Izquierdo 3. Ambos

6.2 Marque con una X los signos y /o síntomas que presente el paciente, diferenciando ojo (indicado derecho, izquierdo)

Examen ocular externo	1. Sí	2. No	¿ En cuál ojo?			Evidencia*															
			1. Derecho	2. Izquierdo	3. Ambos	Ojo derecho					Ojo izquierdo										
						0	1	2	3	4	0	1	2	3	4						
¿Depilación párpado superior?																					
¿Depilación párpado inferior?																					
¿Pestañas en contacto con el globo ocular en párpado superior?																					
¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior?																					
¿Hay pestaña tocando la córnea?																					

EVIDENCIAS*: (0) No hay evidencia | (1) De 1 a 5 pestañas | (2) De 6 a 10 pestañas | (3) De 11 a 20 pestañas | (4) Más de 20 pestañas

6.3 ¿Hay opacidad corneal? <input type="radio"/> 1. Derecho <input type="radio"/> 2. Izquierdo <input type="radio"/> 3. Ambos <input type="radio"/> 4. No presenta	6.4 ¿Engrosamiento del párpado? <input type="radio"/> 1. Derecho <input type="radio"/> 2. Izquierdo <input type="radio"/> 3. Ambos <input type="radio"/> 4. No presenta	6.5 ¿Pestaña mal posicionadas? <input type="radio"/> 1. Derecho <input type="radio"/> 2. Izquierdo <input type="radio"/> 3. Ambos <input type="radio"/> 4. No presenta
---	--	---

6.6 ¿Sensación de cuerpo extraño? <input type="radio"/> 1. Derecho <input type="radio"/> 2. Izquierdo <input type="radio"/> 3. Ambos <input type="radio"/> 4. No presenta	6.7 ¿Fotofobia? <input type="radio"/> 1. Derecho <input type="radio"/> 2. Izquierdo <input type="radio"/> 3. Ambos <input type="radio"/> 4. No presenta	6.8 Medida agudeza visual ojo derecho <input type="text" value="20"/> 6.9 Medida agudeza visual ojo izquierdo <input type="text" value="20"/>
--	--	--