

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> [5] [2] [0] [0] [1] [0] [1] [1] [0] [2] [0] [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> INFECCIONES DE SITIO QUIRURGICO - ISO				<b>Código del evento</b> [3] [5] [2]		<b>1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *</b> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]	

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> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							
<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> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]			
<b>2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]			<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> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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 [1] [7] [0] País				<b>2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *</b> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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		<b>2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso</b>			<b>2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia</b> Código			
<b>2.19 Ocupación del paciente *</b> Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior Código [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				<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> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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 [ ] [ ] [ ] [ ] Departamento [ ] [ ] [ ] Municipio [ ] [ ] [ ] [ ]							
<b>3.3 Dirección de residencia *</b>											
<b>3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)</b> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]			<b>3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)</b> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]			<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> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]			<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> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]			<b>3.11 Número certificado de defunción</b>			
<b>3.12 Causa básica de muerte</b> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				<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> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]					
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

**Cod INS 352. Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico**

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 GENERALES**

<p><b>5.1 Seleccione el procedimiento médico quirúrgico realizado</b></p> <p> <input type="radio"/> 1. Cesárea      <input type="radio"/> 4. Revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante  <input type="radio"/> 2. Herniorrafia      <input type="radio"/> 5. Colectomía  <input type="radio"/> 3. Parto vaginal         </p>	<p><b>5.2 Código CUPS del procedimiento</b></p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										

**6. DATOS CLÍNICOS**

<p><b>6.1 Fecha del procedimiento quirúrgico o parto (DD/MM/AAAA)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											<p><b>6.2 Detección de la infección</b></p> <p> <input type="radio"/> 1. Periodo postoperatorio de la admisión  <input type="radio"/> 2. Vigilancia posterior al alta  <input type="radio"/> 3. Readmisión a la institución donde se realizó el procedimiento o la atención del parto  <input type="radio"/> 4. Readmisión a una institución distinta de donde se realizó el procedimiento o la atención del parto         </p>
<p><b>6.2.1 Nombre de la institución donde se realizó el procedimiento quirúrgico o la atención de parto (Solo si en 6.2 marcó 4)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td></td> </tr> </table>											
<p><b>6.3 Tipo de procedimiento</b></p> <p> <input type="radio"/> 1. Electiva      <input type="radio"/> 2. Emergencia         </p>											
<p><b>6.4 Tiempo de duración del trabajo de parto</b></p> <table border="1" style="width: 50%; height: 20px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> <p>Minutos</p>		<p><b>6.5 Tiempo de ruptura de membranas (Hasta 2880 minutos)</b></p> <table border="1" style="width: 50%; height: 20px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> <p>Minutos</p>									
<p><b>6.6 Diabetes Mellitus</b></p> <p> <input type="radio"/> 1. Si  <input type="radio"/> 2. No         </p>	<p><b>6.7 Peso</b></p> <table border="1" style="width: 50%; height: 20px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> <p>Kg</p>		<p><b>6.8 Talla</b></p> <table border="1" style="width: 50%; height: 20px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> <p>cm</p>								

**7. INDICE DE RIESGO NHSN-NNISS**

<p><b>7.1 Clasificación ASA</b></p> <p> <input type="radio"/> 1. ASA 1      <input type="radio"/> 4. ASA 4  <input type="radio"/> 2. ASA 2      <input type="radio"/> 5. ASA 5  <input type="radio"/> 3. ASA 3         </p>	<p><b>7.2 Tipo de herida</b></p> <p> <input type="radio"/> 1. Limpia  <input type="radio"/> 2. Limpia contaminada         </p>	<p><b>7.3 Duración del Procedimiento</b></p> <table border="1" style="width: 50%; height: 20px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> <p>Minutos</p>	

**8. TIPO DE INFECCIÓN SITIO QUIRÚRGICO**

<p> <input type="checkbox"/> Superficial primaria  <input type="checkbox"/> Superficial secundaria         </p>	<p> <input type="checkbox"/> Profunda primaria  <input type="checkbox"/> Profunda secundaria         </p>	<p><b>8.1 Especifique órgano/espacio afectado</b></p> <p><input type="checkbox"/> Organos espacio</p> <p>_____</p>
---	---	--

**9. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA**

<p><b>9.1 Profilaxis antibiótica relacionada con el procedimiento quirúrgico o parto</b></p> <p> <input type="radio"/> 1. Si  <input type="radio"/> 2. No         </p> <p><b>9.1.1 Cual?</b> _____</p>	<p><b>9.2 Tiempo en que se le administró el antibiótico</b></p> <p> <input type="radio"/> 1. Menor que 30 minutos  <input type="radio"/> 2. De 30 a 60 minutos  <input type="radio"/> 3. Mayor que 60 minutos         </p>
--	--