

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 * ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS - ETA				Código del evento [3] [5] [5]		1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) * [] [] / [] [] / [] [] [] []	

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 *		2.7 Unidad de medida de la edad * <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			2.8 Nacionalidad * [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Código			
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"/> 3. Hombre trans <input type="radio"/> 5. Otra <input type="radio"/> 2. Mujer <input type="radio"/> 4. Mujer trans Cuál otra? _____			2.11 Orientación sexual <input type="radio"/> 1. Heterosexual <input type="radio"/> 3. Bisexual Cuál otra? _____ <input type="radio"/> 2. Gay/Lesbiana <input type="radio"/> 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 * <input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 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 * <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				2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios * [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Código			
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"/> 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

3.1 Fuente <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				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"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 2. Probable <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"/> 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. nexos epidemiológico <input type="radio"/> 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 355. Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)

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 CLÍNICOS

5.1 Signos y síntomas

<input type="checkbox"/> 2. Náuseas	<input type="checkbox"/> 6. Calambres abdominales	<input type="checkbox"/> 10. Mialgias	<input type="checkbox"/> 14. Escalofrío	<input type="checkbox"/> 19. Otros
<input type="checkbox"/> 3. Vómito	<input type="checkbox"/> 7. Cefalea	<input type="checkbox"/> 11. Artralgias	<input type="checkbox"/> 16. Parestesias	
<input type="checkbox"/> 4. Diarrea	<input type="checkbox"/> 8. Deshidratación	<input type="checkbox"/> 12. Mareo	<input type="checkbox"/> 17. Sialorrea	
<input type="checkbox"/> 5. Fiebre	<input type="checkbox"/> 9. Cianosis	<input type="checkbox"/> 13. Lesiones maculopapulares	<input type="checkbox"/> 18. Espasmos musculares	

5.2 Sí marcó otros. registre cuál _____

5.3 Hora de inicio de los síntomas Hora Minutos

6. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

<p>6.1 Alimentos ingeridos el día de los síntomas</p> <p>Nombre del alimento <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/></p> <p>Lugar del consumo <input type="text"/></p>	<p>6.2 Alimentos ingeridos el día anterior</p> <p>Nombre del alimento <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/></p> <p>Lugar del consumo <input type="text"/></p>	<p>6.3 Alimentos ingeridos dos días antes</p> <p>Nombre del alimento <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/></p> <p>Lugar del consumo <input type="text"/></p>
<p>Nombre del alimento <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/></p> <p>Lugar del consumo <input type="text"/></p>	<p>Nombre del alimento <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/></p> <p>Lugar del consumo <input type="text"/></p>	<p>Nombre del alimento <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/></p> <p>Lugar del consumo <input type="text"/></p>
<p>Nombre del alimento <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/></p> <p>Lugar del consumo <input type="text"/></p>	<p>Nombre del alimento <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/></p> <p>Lugar del consumo <input type="text"/></p>	<p>Nombre del alimento <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/></p> <p>Lugar del consumo <input type="text"/></p>

9. DATOS DE LABORATORIO

7.1 Nombre del lugar de consumo implicado _____

7.2 Dirección _____

8. ASOCIACIÓN CON BROTE

<p>8.1 ¿Caso asociado a un brote?</p> <p><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</p>	<p>8.2 ¿Caso captado por</p> <p><input type="radio"/> 1. UPGD <input type="radio"/> 2. Búsqueda</p>	<p>8.3 Relación con la exposición</p> <p><input type="radio"/> 1. Comensal <input type="radio"/> 2. Manipulador</p>
---	--	--

9. LABORATORIO

<p>9.1 ¿Se recolectó muestra biológica?</p> <p><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</p>	<p>9.2 Tipo de muestra</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Heces <input type="checkbox"/> 2. Vómito <input type="checkbox"/> 3. Sangre <input type="checkbox"/> 4. Otra</p>	<p>9.2.1 ¿Cuál?</p> <p>_____</p>		
<p>9.3 Agente identificado</p> <p>Código <input type="text"/> <input type="text"/> 1</p>	<p>9.4 Agente identificado</p> <p>Código <input type="text"/> <input type="text"/> 2</p>	<p>9.5 Agente identificado</p> <p>Código <input type="text"/> <input type="text"/> 3</p>	<p>9.6 Agente identificado</p> <p>Código <input type="text"/> <input type="text"/> 4</p>	<p>Si marco 77 Otro: Cuál otro?</p> <p>_____</p>

Agentes
77. Otro
78. Pendiente
79. No detectado

1-Coliformes fecales, 2-Coliformes totales, 3-Bacillus cereus, 4-Bacillus anthracis, 5-Staphylococcus aureus, 6-Streptococcus sp, 7-Clostridium perfringens, -Aeromonas hydrophila, 9-Campylobacter jejuni, 11-Escherichia coli, 12-Shigella sp, 13-Salmonella spp, 14-Salmonella Typhi, 15-Salmonella Paratyphi, 16-Clostridium botulinum, 17-Vibrio sp, 18-Vibrio parahaemolyticus, 19-Brucella abortus, 20-Mycobacterium bovis, 21-Listeria monocytogenes, 22-Proteus sp, 24-Norovirus, 25-Rotavirus, 26-Parvovirus, 27-Astrovirus, 28-Adenovirus, 29-Hepatitis A, 30-Hepatitis E, 32-Ascaris lumbricoides, 33-Complejo Entamoeba histolytica/dispar, 34-Fasciola hepática, 35-Taenia saginata, 36-Cyclospora, 37-Giardia duodenalis, 38-Taenia solium, 39-Trichinella spiralis, 40-Balantidium coli, 41-Cryptosporidium, 42-Isospora belli, 43-Trichuris trichiura, 44-Uncinarias, 45-Enterobius vermicularis, 46-Strongyloides stercoralis, 47-Hymenolepis nana, 48-Hymenolepis diminuta, 49-Dipylidium caninum, 50-Entamoeba hartmanni, 51-Entamoeba coli, 52-Endolimax nana, 53-Iodamoeba butschlii, 54-Chilomastix mesnili, 55-Trichomonas hominis, 56-Antimonio, 57-Cadmio, 58-Cobre, 59-Fluoruro, 60-Plomo, 61-Estaño, 62-Zinc, 63-Nitritos o Nitratos, 64-Cloruros, 65-Hidroxido de sodio, 66-Organofosforados, 67-Carbamatos, 68-Acido okadaico, 69-Saxitoxina, 70-Alcaloides, 71-Hidrocarburo clorado, 72-Mercurio, 73 Fostato de triortocresilo, 74- Glutamatomonosodico, 75-Micotinato sódico, 85- T-Cruzi, 86-Toxinas de algas marinas