

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> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="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 ASOCIADAS A DISPOSITIVOS				<b>Código del evento</b> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="7"/>		<b>1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

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> <input type="text"/>			
<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> <input type="text"/>			
<b>2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<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> <input type="text"/>	
<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 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> <small>País</small>		<b>2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Departamento Municipio</small>		<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> <input type="text"/> <small>Código</small>		<b>2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso</b> <input type="text"/>		<b>2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia</b> <input type="text"/> <small>Código</small>	
<b>2.19 Ocupación del paciente *</b> <small>Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior</small> <input type="text"/>		<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> <input type="text"/>			
<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> <input type="text"/>	
<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 <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>					
<b>3.3 Dirección de residencia *</b>							
<b>3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<b>3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<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> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<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> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<b>3.11 Número certificado de defunción</b> <input type="text"/>	
<b>3.12 Causa básica de muerte</b> <input type="text"/>		<b>3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *</b> <input type="text"/>				<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> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
---	--	--	--	---	--	--	--

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

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

**Cod INS 357. Infecciones Asociadas a Dispositivos en Unidades de Cuidados Intensivos – IAD en UCI**

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. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DEL CASO DE IAD**

5.1. Tipo de UCI relacionado con la ocurrencia del evento <input type="radio"/> 1. UCI-A <input type="radio"/> 2. UCI-P <input type="radio"/> 3. UCI-N	5.4. Paciente remitido <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.2. Fecha de ingreso a la UCI [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]	5.6. Fecha de diagnóstico IAD [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]
5.5. Caso de IAD extrahospitalaria <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.6 Nombre de la institución a la que se le atribuye el caso de IAD		

**6. CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE IAD**

6.1. Para UCI-N, peso al nacer (Seleccione la categoría de peso al nacer del recién nacido hospitalizado en UCI-N) [ ] [ ] [ ] [ ] gr	6.2. Tipo de IAD <input type="radio"/> 1.NAV <input type="radio"/> 2.ISTU-AC <input type="radio"/> 3. ITS-AC	6.3. Criterio de clasificación NAV <input type="radio"/> 1. NEU 1 <input type="radio"/> 2. NEU 2 <input type="radio"/> 3. NEU 3
6.4. Criterio de clasificación para ITS-AC <input type="radio"/> 1. Criterio 1 <input type="radio"/> 2. Criterio 2 <input type="radio"/> 3. Criterio 3	6.5. Criterio de clasificación para ISTU-AC <input type="radio"/> 1. Criterio 1a <input type="radio"/> 2. Criterio 2a <input type="radio"/> 3. Criterio 3 <input type="radio"/> 4. Criterio 4	6.7. IAD polimicrobiana (asociada a más de un microorganismo) <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No

**7. FACTORES DE RIESGO**

<b>7.1. TIPO DE DISPOSITIVO INSERTADO</b>		
Ventilador mecánico <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Fecha de inserción [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]	Fecha de retiro [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]
Cateter central <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Fecha de inserción [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]	Fecha de retiro [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]
Cateter urinario <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Fecha de inserción [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]	Fecha de retiro [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]
<b>7.2. Factores de riesgo endógenos</b> <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> VIH-SIDA <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Dispositivo insertado en UCI <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Inmunosupresión <input type="checkbox"/> Infección previa <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> El evento se desarrolló 48 horas después de retirado el catéter o ventilador: <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál Otro? _____		

**9. DATOS DE LABORATORIO**

Ingrese los siguientes datos a través del módulo de laboratorios

9.1. Fecha de toma de la muestra [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]	9.1.1. Cód. de la muestra [ ] [ ]	9.1.2. Cód. de la prueba [ ] [ ]	9.1.3. Microorganismo aislado
9.2. Fecha de toma de la muestra [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]	9.2.1. Cód. de la muestra [ ] [ ]	9.2.2. Cód. de la prueba [ ] [ ]	9.2.3. Microorganismo aislado
9.3. Fecha de toma de la muestra [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]	9.3.1. Cód. de la muestra [ ] [ ]	9.3.2. Cód. de la prueba [ ] [ ]	9.3.3. Microorganismo aislado

**MUESTRAS:** 1: sangre total – 2: orina – 4: tejido – 10: esputo – 11: otros líquidos estériles – 31: moco – 32: secreciones  
**PRUEBAS:** 3: IgG – 55: cultivo – 73: elisa – 92: hemocultivo – C7: RT/PCR – G0: urocultivo – G1: cultivo de líquido pleural – G2: lavado broncoalveolar – G3: biopsia – G4: cultivo del parénquima pulmonar – G5: cultivo de secreciones respiratorias – G6: test de micro inmunofluorescencia para chlamydia – G7: microinmunofluorescencia – G8: radioinmunoanálisis – G9: inmunofluorescencia (IFA) indirecta – H0: hisopado – aspirado / nasofaríngeo – H1: lavado bronco alveolar (LBA) protegido – H2: cepillado protegido