

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 * <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				Razón social de la unidad primaria generadora del dato * HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO			
1.2 Nombre del evento * LEISHMANIASIS				1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) * <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			

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 * <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>							
2.3 Nombres y apellidos del paciente *				2.4 Teléfono * <input type="text"/>			
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		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			
2.9 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		2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso * <input type="text"/> <input type="text"/>		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 <input type="text"/>		2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso <input type="text"/>			
2.19 Ocupación del paciente * Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior Código <input type="text"/>		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 * <input type="text"/>			
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 <input type="text"/>		
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 <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>			
3.3 Dirección de residencia *					
3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		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. nexa epidemiológico	
3.7 Hospitalizado * <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		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) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
3.11 Número certificado de defunción <input type="text"/>		3.12 Causa básica de muerte <input type="text"/>		3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha * <input type="text"/>	
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. nexa epidemiológico <input type="radio"/> 7. Otra actualización				4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa) <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 420. Leishmaniasis cutánea | Cod INS 430. Leishmaniasis mucosa | Cod INS 440. Leishmaniasis visceral

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

Caso confirmado de leishmaniasis cutánea: Paciente con lesiones cutáneas procedente de áreas endémicas que cumpla con 3 o más de los siguientes criterios: sin historia de trauma, evolución mayor de dos semanas, úlcera redonda u ovalada con bordes levantados, lesiones nodulares, lesiones satélites, adenopatía localizada, en quien se demuestra por métodos parasitológicos, histopatológicos o genéticos, parásitos del género Leishmania.

Caso confirmado de leishmaniasis mucosa: Paciente residente o procedente de área endémica con lesiones en mucosa de nariz u orofaringe y cicatrices o lesiones cutáneas compatibles con leishmaniasis, signos concordantes con los de la descripción clínica y reacción de Montenegro positiva, histología con resultado positivo o prueba de inmunofluorescencia con títulos mayores o iguales a 1:16.

Caso probable de leishmaniasis visceral Paciente residente o procedente de área endémica con cuadro de hepatoesplenomegalia, anemia y pérdida de peso con síntomas como fiebre, malestar general, palidez y hemorragias.

Caso confirmado de leishmaniasis visceral Caso probable que se confirma parasitológicamente a partir de aspirado de médula ósea o bazo, o prueba de inmuno-fluorescencia mayor o igual a 1:32.

5. CUTÁNEA

5.1 Localización de la (s) lesión (es)

<input type="checkbox"/> 1. Cara	<input type="checkbox"/> 3. Miembros superiores
<input type="checkbox"/> 2. Tronco	<input type="checkbox"/> 4. Miembros inferiores

6. MUCOSA

6.1 Mucosa afectada	6.2 Signos y síntomas
<input type="radio"/> 1. Nasal <input type="radio"/> 4. Faringe <input type="radio"/> 7. Genitales <input type="radio"/> 2. Cavidad oral <input type="radio"/> 5. Laringe <input type="radio"/> 3. Labios <input type="radio"/> 6. Párpados	<input type="checkbox"/> Rinorrea <input type="checkbox"/> Disfonía <input type="checkbox"/> Ulceración mucosa <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Perforación tabique <input type="checkbox"/> Obstrucción nasal <input type="checkbox"/> Hiperemia mucosa <input type="checkbox"/> Destrucción tabique

7. VISCERAL

7.1 Signos y síntomas

<input type="checkbox"/> 1. Fiebre	<input type="checkbox"/> 3. Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> 5. Leucocitos por debajo de 5.000 mm3	7.2 ¿ Tiene Diagnóstico VIH confirmado?	<input type="radio"/> 1. Sí
<input type="checkbox"/> 2. Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> 4. Anemia	<input type="checkbox"/> 6. Plaquetas por debajo de 150.000 mm3		<input type="radio"/> 2. No
				<input type="radio"/> 3. Desconocido

8. TRATAMIENTO

8.1 ¿ Recibió tratamiento anterior?	8.2 Tratamiento local	8.3 Peso actual del paciente	8.4 Medicamento formulado actualmente
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Crioterapia <input type="radio"/> 2. Termoterapia	<input type="text"/> Kg	<input type="radio"/> 1. N- metil glucamina (Glucantime) <input type="radio"/> 4. Anfotericina B <input type="radio"/> 5. Otro <input type="radio"/> 2. Estibogluconato de sodio <input type="radio"/> 6. Miltefosina <input type="radio"/> 8. Sin tratamiento <input type="radio"/> 3. Isotianato de pentamidina <input type="radio"/> 7. Pentamidina
8.4.1 Otro cuál			
8.4.2 Número de cápsulas o volumen diario a aplicar		8.4.3 Días de tratamiento	8.4.4 Total de cápsulas ó ampollas

9. DATOS DE LABORATORIO

La información relacionada con laboratorios debe ingresarse a través del modulo de laboratorios del aplicativo sivigila

9.1 Fecha toma de examen (dd/mm/aaaa)	9.2 Fecha de recepción(dd/mm/aaaa)	9.3 Muestra	9.4 Prueba	9.5 Agente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.6 Resultado	9.7 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)	9.8 Valor		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Marque así	Muestra	1. Sangre total 4. Tejido 21. Linfa
	Prueba	CUTANEA: 60 Estudio directo 64 Aspirado bazo 65 Aspirado médula 66 Prueba Montenegro G3 Biopsia MUCOSA: 60 Estudio directo 63. Título IFI 64 Aspirado bazo 65 Aspirado médula 66 Prueba Montenegro VISCERAL: 15 Hematocrito 16, Hemoglobina 17. Plaquetas 60. Estudio directo 63. Título IFI 64. Aspirado bazo 65. Aspirado médula 66 Pruebas montenegro 81. Albumina
	Agente	14. Leishmania
	Resultado	1- Positivo 2- Negativo 7. Compatible 15. No compatible