

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>				<b>Razón social de la unidad primaria generadora del dato *</b>							
5	2	0	0	1	0	1	0	2	0	1	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO
Departamento		Municipio		Código		Sub-Índice					
<b>1.2 Nombre del evento *</b>						<b>Código del evento</b>		<b>1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *</b>			
LEPRA						4 5 0					

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

<b>2.1 Tipo de documento *</b>						<b>2.2 Número de identificación *</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											
*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											
<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>			<b>2.8 Nacionalidad *</b>		
						<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			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
<b>2.9 Sexo *</b>			<b>2.10 Identidad de género</b>			<b>2.11 Orientación sexual</b>					
<input type="radio"/> M. Hombre <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Mujer			<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?			<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?					
<b>2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *</b>				<b>2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *</b>				<b>2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *</b>			
COLOMBIA				1 7 0				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				<input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 2. Centro poblado <input type="radio"/> 3. Rural disperso			
<b>2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso</b>			<b>2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso</b>			<b>2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso</b>			<b>2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia</b>		
NO APLICA			Código						Código		
<b>2.19 Ocupación del paciente *</b>						<b>2.20 Tipo de régimen en salud *</b>			<b>2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *</b>		
Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior						<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			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
<b>2.22 Pertenencia étnica *</b>									<b>2.23 Estrato</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>2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *</b>											
<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"/> Población infantil a cargo del ICBF <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Semanas de gestación <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input type="checkbox"/> Víctimas de violencia armada <input type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales											

3. NOTIFICACIÓN

<b>3.1 Fuente</b>			<b>3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *</b>						
<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			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>						
<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>		<b>3.7 Hospitalizado *</b>	
						<input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 5. Conf. nexos epidemiológico		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<b>3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)</b>			<b>3.9 Condición final *</b>			<b>3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)</b>		<b>3.11 Número certificado de defunción</b>	
			<input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde						
<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>						<b>4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)</b>					
<input type="radio"/> 0. No aplica <input type="radio"/> 1. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 2. Conf. nexos epidemiológico <input type="radio"/> 3. Conf. Clínica <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						<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 450. Lepra**

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

Personas que presenten algunas de las siguientes manifestaciones clínicas: **Sintomáticos de piel (SP)**. Persona con cualquier tipo de lesión cutánea, anestésicas o hipoestésicas, hipopigmentadas o rojizas, bien delimitadas o con bordes difusos, no congénita, diferente a cicatriz; sea o no su motivo de consulta, de larga duración y que no haya respondido a tratamientos previos.

**Sintomático de sistema nervioso periférico (SSNP)**. Personas con áreas corporales hipo o anestésicas, o con problemas motores distales de las manos, los pies o los párpados. Toda persona que presente una o más de las siguientes señales: manchas hipocrómicas o eritemato-hipocrómicas, con o sin disminución de la sudoración, y con o sin alopecia localizada, con alteración de la sensibilidad; áreas cutáneas con anestesia, hipoestesia o parestesias; placas eritematosas de límites nítidos con alteración de la sensibilidad; lesiones eritematosas planas con centro claro o placas infiltradas, con alteración de la sensibilidad; placas eritematosas infiltradas de bordes difusos, con alteración de la sensibilidad; tubérculos y nódulos; pérdida extensa de sensibilidad en las manos o en los pies; uno o más troncos nerviosos periféricos engrosados, con pérdida de la sensibilidad y de la motricidad en su distribución correspondiente, sin lesiones cutáneas; nervios dolorosos espontáneamente o a la palpación; úlceras indoloras en las manos o en los pies

**5. CONDICIÓN DE INGRESO**

**Tipo de ingreso**     1. Nuevo     2. Recidiva     3. Retratamiento después de la pérdida al seguimiento

**6. CLASIFICACIÓN INICIAL DEL CASO**

<p><b>6.1 Clasificación clínica del caso</b></p> <p><input type="radio"/> 1. Paucibacilar    <input type="radio"/> 2. Multibacilar</p>	<p><b>6.2 Número de lesiones identificadas, examen clínico inicial</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>
--	---

**7. CONFIGURACIÓN DEL CASO**

<p><b>7.1 Datos de laboratorio</b></p>	<p><b>7.1.1 Baciloscopia</b></p> <p><input type="radio"/> 1. Sí</p> <p><input type="radio"/> 2. No</p>	<p><b>7.1.2 Resultado</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Índice bacilar</p>	<p><b>7.1.3 Biopsia</b></p> <p><input type="radio"/> 1. Sí</p> <p><input type="radio"/> 2. No</p>
<p><b>7.1.4 Resultado de la histopatología</b></p> <p><input type="radio"/> 1. Indeterminada</p> <p><input type="radio"/> 2. Tuberculoide</p>	<p><input type="radio"/> 3. Dimorfa (borderline)</p> <p><input type="radio"/> 4. Lepromatosa</p>	<p><input type="radio"/> 5. Neural</p> <p><input type="radio"/> 6. Otro diagnóstico</p>	
<p><b>7.2 Máximo grado de discapacidad evaluado</b></p> <p><input type="radio"/> 0. Grado cero    <input type="radio"/> 2. Grado dos</p> <p><input type="radio"/> 1. Grado uno</p>	<p><b>7.3 ¿Presenta reacción</b></p> <p><input type="radio"/> 1. Tipo uno    <input type="radio"/> 3. Ninguna</p> <p><input type="radio"/> 2. Tipo dos</p>		