

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 * <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> </div> <p>Departamento Municipio Código Sub-Índice</p>				Razón social de la unidad primaria generadora del dato * <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO</p>			
1.2 Nombre del evento * <p>LEPTOSPIROSIS</p>		Código del evento <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</div> </div>		1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) * <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>			

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) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		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 * <p>COLOMBIA</p>		2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso * <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> </div> <p>País Departamento Municipio</p>		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 <p>NO APLICA</p>		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 * <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p>País Departamento Municipio</p>			
3.3 Dirección de residencia *					
3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		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) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		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) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	
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. nexa epidemiológico <input type="radio"/> 7. Otra actualización				4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	
---	--	--	--	---	--

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila
 Ficha de notificación individual – Datos complementarios

Cod INS 455. Leptospirosis

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

Descripción del evento: la leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial más frecuente en países tropicales, la cual inicia como un cuadro febril inespecífico, acompañado principalmente de cefalea y mialgias, solamente el 10% de los casos cursan con ictericia. Se puede presentar insuficiencia renal, hepática y hemorragia pulmonar aguda, complicaciones que son responsables de los casos de muerte. El diagnóstico presuntivo se establece con los síntomas más un antecedente epidemiológico de riesgo, la prueba de ELISA apoya el inicio del manejo médico, sin embargo la confirmación se realiza con micro aglutinación en muestras pareadas.

5. DATOS CLÍNICOS

- 5.1. Signos y síntomas (marque con X los que se presenten)
- | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Mialgias | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia | |

6. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

- 6.1 ¿Hay animales en la casa? (Marque con una X los que tenga)
- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Perros | <input type="checkbox"/> 4. Equinos | <input type="checkbox"/> 7. Otros | 6.1.1 ¿Cuál otro?
_____ |
| <input type="checkbox"/> 2. Gatos | <input type="checkbox"/> 5. Porcinos | | |
| <input type="checkbox"/> 3. Bovinos | <input type="checkbox"/> 6. Ninguno | | |

- 6.2 Ha visto ratas dentro o alrededor de su domicilio o lugar de trabajo?
1. Sí
2. No

- 6.3 Abastecimiento de agua
- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Acueducto | <input type="checkbox"/> 3. Río | <input type="radio"/> 1. Sí |
| <input type="checkbox"/> 2. Pozo comunitario | <input type="checkbox"/> 4. Tanque de almacenamiento | |
- 6.4 ¿Cuenta con sistema de alcantarillado?

- 6.5 ¿Contacto con aguas estancadas durante los últimos 30 días?
1. Sí
2. No
- 6.6 Actividades recreativas en represa, lago o laguna a en los últimos 30 días antes del comienzo de los síntoma
- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Represa | <input type="checkbox"/> 3. Arroyo | <input type="checkbox"/> 5. Sin antecedente |
| <input type="checkbox"/> 2. Río | <input type="checkbox"/> 4. lago/laguna | |

- 6.7 Disposición de residuos sólidos
1. Recolección
2. Disposición peridomiciliaria