

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

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

Cod INS 465. Malaria

FOR-R02.0000-075 V:05 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 MALARIA				Código del evento 4 6 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				2.2 Número de identificación *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					
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 Sexo <input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Femenino		2.9 Nacionalidad	
2.10 País de ocurrencia del caso COLOMBIA			2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia Código		Departamento Municipio		2.12 Área de ocurrencia del caso <input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado		
2.13 Localidad de ocurrencia del caso NO APLICA		2.14 Barrio de ocurrencia del caso Código		2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso		2.16 Vereda/zona			
2.17 Ocupación del paciente Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior		2.18 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				2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios Código			
2.20 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						2.21 Estrato			
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Sem.de gestación <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"/> Carcelarios <input type="checkbox"/> Indigentes <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 checked="" 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) / /		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 7333400 Ext:408	

4. DATOS COMPLEMENTARIOS

4.1 Vigilancia activa <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		4.2 Sintomático <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		4.3 Clasificación según origen <input type="radio"/> 1. Autóctono <input type="radio"/> 2. Importado		4.4 Recurrencia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		4.5 Trimestre de gestación <input type="radio"/> 1. Primer trimestre <input type="radio"/> 3. Tercer trimestre <input type="radio"/> 2. Segundo trimestre		4.6 Tipo de examen <input type="radio"/> GG <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> PDR					
4.7 Recuento parasitario (Valor mínimo 16 parásitos)		4.8 Gametocitos <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		4.9 ¿Desplazamiento en los últimos 15 días? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		4.10 País/Departamento/Municipio de desplazamiento País Departamento Municipio									
4.11 Complicaciones <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="checkbox"/> Cerebral <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Hepática <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Hematológica <input type="checkbox"/> Otras								4.12 Tratamiento <input type="radio"/> 2. Cloroquina+primaquina <input type="radio"/> 8. Otro <input type="radio"/> 3. Cloroquina <input type="radio"/> 9. Artesunato rectal <input type="radio"/> 5. Quinina oral <input type="radio"/> 10. Quinina oral + Clindamicina + Primaquina <input type="radio"/> 6. Quinina intravenosa <input type="radio"/> 11. Quinina oral + Doxiciclina + Primaquina <input type="radio"/> 7. Artesunato intravenoso <input type="radio"/> 12. Artemeter + Lumefantrine + Primaquina (14 días) <input type="radio"/> 13. Quinina intravenoso + Clindamicina				4.13 Fecha de inicio de tratamiento (dd/mm/aaaa) - -			
4.14 Especie infectante <input type="radio"/> 1. P. vivax <input type="radio"/> 3. P. malariae <input type="radio"/> 2. P. falciparum <input type="radio"/> 4. Infección mixta				4.15 Responsable de diagnóstico				4.16 Fecha del resultado (dd/mm/aaaa) - -							

REGISTRO INDIVIDUAL DE MALARIA

Nombres del paciente		Apellidos del paciente		Tipo de examen <input type="radio"/> GG <input type="radio"/> PDR <input type="radio"/> PCR			
Especie infectante <input type="radio"/> 1. P. vivax <input type="radio"/> 3. P. malariae <input type="radio"/> 2. P. falciparum <input type="radio"/> 4. Infección mixta		3.7 Recuento parasitario (Valor mínimo 16 parásitos)		3.16 Fecha del resultado (dd/mm/aaaa) - -		Responsable del diagnóstico	