

## 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 \*

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 \*

MENINGITIS

## Código del evento

5 3 5

## 1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) \*

/ /

## 2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

## 2.1 Tipo de documento \*

 RC  TI  CC  CE  PA  MS  AS  PE  CN  CD  SC  DE  PT

## 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 | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

## 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 \*

 1. Años  3. Días  5. Minutos  
 2. Meses  4. Horas  0. No aplica

## 2.8 Nacionalidad \*

/ /

Código

## 2.9 Sexo \*

 M. Hombre  I. Indeterminado  
 F. Mujer

## 2.10 Identidad de género

 1. Hombre  3. Hombre trans  5. Otra  
 2. Mujer  4. Mujer trans **Cuál otra?** \_\_\_\_\_

## 2.11 Orientación sexual

 1. Heterosexual  3. Bisexual **Cuál otra?** \_\_\_\_\_  
 2. Gay/Lesbiana  4. Otra \_\_\_\_\_

## 2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso \*

COLOMBIA

1 7 0  
País

## 2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso \*

/ /  
Departamento Municipio

## 2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso \*

 1. Cabecera municipal  3. Rural disperso  
 2. Centro poblado

## 2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso

NO APLICA

## 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

Código: / /

## 2.20 Tipo de régimen en salud \*

 P. Excepción  C. Contributivo  N. No Asegurado  
 E. Especial  S. Subsidiado  I. Indeterminado/pendiente

## 2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios \*

/ / / / /

Código

2.22 Pertenencia étnica \*  1. Indígena  2. Rom, Gitano  3. Raizal  4. Palenquero  5. Negro, mulato afro colombiano  6. Otro

## 2.23 Estrato

## 2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente \*

 Personas en condición de discapacidad  Migrantes  Gestantes  Semanas de gestación  Población infantil a cargo del ICBF  Desmovilizados  Víctimas de violencia armada  
 Desplazados  Personas privadas de la libertad  Habitantes de la calle  Madres comunitarias  Centros psiquiátricos  Otros grupos poblacionales

## 3. NOTIFICACIÓN

## 3.1 Fuente

 1. Notificación rutinaria  4. Búsqueda activa com.  
 2. Búsqueda activa Inst.  5. Investigaciones  
 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 \*

 1. Sospechoso  3. Conf. por laboratorio  
 2. Probable  4. Conf. Clínica  
 5. Conf. nexos epidemiológico

## 3.7 Hospitalizado \*

 Sí  No

## 3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

/ /

## 3.9 Condición final \*

 1. Vivo  
 2. Muerto  
 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 del profesional \*

7333400 Ext:408

## 4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

## 4.1 Seguimiento y clasificación final del caso

 0. No aplica  4. Conf. Clínica  6. Descartado  D. Descartado por error de digitación  
 3. Conf. por laboratorio  5. Conf. nexos epidemiológico  7. Otra actualización

## 4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

/ /

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

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

**Cod INS 535. Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica**

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 probable: Todo paciente que presente enfermedad de inicio súbito con fiebre (mayor de 38° C) y al menos uno de los siguientes síntomas o signos: rigidez de nuca, alteraciones de conciencia, señales de irritación meníngea, acompañado o no de rash purpúrico o petequeal (meningococo). En menores de un año, abombamiento de la fontanela.

**5. TIPO DE AGENTE BACTERIANO**

1. Haemophilus Influenzae (Hi)    
  2. Neisseria meningitidis (Meningococo)    
  3. Streptococcus pneumoniae (Neumococo)    
  4. Otros agentes bacterianos    
  5. Agente sin determinar

**6. ANTECEDENTES VACUNALES**

<b>6.1 Vacuna anti -Hib</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	<b>6.1.2. Dosis</b> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<b>6.1.3 Fecha última dosis (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>6.2 Vacuna anti meningococo</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	<b>6.2.1. Dosis</b> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<b>6.2.2 Fecha última dosis (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>6.3 Vacuna anti neumococo</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	<b>6.3.1. Dosis</b> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<b>6.4.4 Fecha última dosis (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**7. DATOS CLÍNICOS**

<b>7.1 ¿Usó antibióticos en la última semana?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>7.1.2. Fecha última dosis (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

**8. CLASIFICACIÓN DE CASO DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA**

1. Meningitis    
  2. Meningitis con meningococemia    
  3. Meningococemia sin meningitis

**9. DATOS DE LABORATORIO**

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

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

Marque así

- Muestra** 1. Sangre total | 6. LCR |  
**Prueba** 5. Aislamiento | 55. Cultivo | 57. Coloración de gram | 58. Antigenemia | C7 RT/PCR  
**Agente** 8. Otro | 22. Haemophilus influenzae | 23. Neisseria meningitidis | 24. Streptococcus pneumoniae | 60. Staphylococcus aureus | 75. Listeria monocytogenes | 93. E. coli | 96. Enterobacter cloacae | 1M. Staphylococcus epidermidis | 1N Streptococcus beta hemolítico | 2D Streptococcus agalactiae | 2E Streptococcus pyogenes  
**Resultado** 1- Positivo | 2- Negativo |