

# 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> <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				<b>Razón social de la unidad primaria generadora del dato *</b> HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO			
<b>1.2 Nombre del evento *</b> ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA - EDA				<b>Código del evento</b> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/>		<b>1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

#### 2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

<b>2.1 Tipo de documento *</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				<b>2.2 Número de identificación *</b> <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>							
<b>2.3 Nombres y apellidos del paciente *</b>				<b>2.4 Teléfono *</b> <input type="text"/>			
<b>2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<b>2.6 Edad *</b>		<b>2.7 Unidad de medida de la edad *</b> <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		<b>2.8 Nacionalidad *</b> <input type="text"/>	
<b>2.9 Sexo *</b> <input type="radio"/> M. Hombre <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Mujer		<b>2.10 Identidad de género</b> <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 <b>Cuál otra?</b>		<b>2.11 Orientación sexual</b> <input type="radio"/> 1. Heterosexual <input type="radio"/> 3. Bisexual <b>Cuál otra?</b> <input type="radio"/> 2. Gay/Lesbiana <input type="radio"/> 4. Otra			
<b>2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *</b> COLOMBIA		<b>2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *</b> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *</b> <input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado			
<b>2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso</b> NO APLICA		<b>2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso</b> <input type="text"/>		<b>2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso</b> <input type="text"/>		<b>2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia</b> <input type="text"/>	
<b>2.19 Ocupación del paciente *</b> Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior <input type="text"/>		<b>2.20 Tipo de régimen en salud *</b> <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		<b>2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *</b> <input type="text"/>			
<b>2.22 Pertenencia étnica *</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>2.23 Estrato</b> <input type="text"/>	
<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"/> 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

<b>3.1 Fuente</b> <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		<b>3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *</b> País <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>					
<b>3.3 Dirección de residencia *</b>							
<b>3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<b>3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<b>3.6 Clasificación inicial de caso *</b> <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		<b>3.7 Hospitalizado *</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<b>3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<b>3.9 Condición final *</b> <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde		<b>3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<b>3.11 Número certificado de defunción</b> <input type="text"/>	
<b>3.12 Causa básica de muerte</b> <input type="text"/>		<b>3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *</b> <input type="text"/>				<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> <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				<b>4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)</b> <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 605. Enfermedad diarreica aguda por rotavirus**

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

**5. ANTECEDENTES VACUNALES Y LACTANCIA MATERNA**

<b>5.1 Vacuna contra rotavirus</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 3. Desconocido <input type="radio"/> 2. No	<b>5.2 Fecha de aplicación primera dosis (dd/mm/aaaa)</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"/>	<b>5.3 Fecha de aplicación segunda dosis (dd/mm/aaaa)</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"/>	<b>5.4 ¿Tiene carné?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
<b>5.5 Peso al nacer:</b> <input type="text"/> Gramos	<b>5.6 ¿Recibió leche materna exclusivamente?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 3. Desconocido <input type="radio"/> 2. No	<b>5.7 ¿Cuánto tiempo?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<b>5.8 Alimentación actual</b> <input type="radio"/> 1. Materna exclusivamente <input type="radio"/> 3. Mixta <input type="radio"/> 2. Artificial <input type="radio"/> 4. Alimentación variada

**6. DATOS CLÍNICOS**

<b>6.1 Fiebre</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 3. Desconocido <input type="radio"/> 2. No	<b>6.2 Vómito</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 3. Desconocido <input type="radio"/> 2. No	<b>6.3 En caso de haber presentado vómito, diligencie el número de episodios en las primeras 24 horas del iniciado el cuadro:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>6.4 Fecha de inicio de las diarrea (dd/mm/aaaa)</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"/>		<b>6.5 Número de deposiciones en las primeras 24 horas de iniciado el cuadro</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>6.6 Fecha de terminación de la diarrea (dd/mm/aaaa)</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"/>
<b>6.7 Características de las heces</b> <input type="radio"/> Líquidas <input type="radio"/> Semilíquidas <input type="radio"/> Sanguinolientas <input type="radio"/> Otra <b>¿Cuál?</b> _____			
<b>6.8 Estado al ingreso:</b> <input type="radio"/> Sin deshidratación <input type="radio"/> Con deshidratación	<b>6.9 Grado de deshidratación</b> <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Grave Desconocido <input type="radio"/> Desconocido	<b>6.10. Peso:</b> <input type="text"/> Gramos	<b>6.11 Talla</b> <input type="text"/> Centímetros

**7. TRATAMIENTO**

<b>7.1 ¿Recibió antibiótico antes de ingresar al hospital?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	<b>7.2 En caso de haber recibido antibiótico antes del ingreso, ¿Cuál?</b> _____
<b>7.3 ¿Qué tipo de hidratación recibió?</b> <input type="radio"/> Hidratación vía oral <input type="radio"/> Hidratación intravenosa	

**8. EVOLUCIÓN**

<b>8.1 ¿Presentó alguna complicación durante la hospitalización?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	<b>8.2 En caso de haber presentado complicación, ¿cuál?</b> _____	
<b>8.3 ¿Recibió antibiótico durante la hospitalización?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	<b>8.4 En caso de haber recibido antibiótico durante la hospitalización, ¿cuál?</b> _____	
<b>8.5 Duración de hospitalización para el tratamiento de la diarrea (número de días)</b> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>8.6 Hospitalización durante el tratamiento de la diarrea ( número de días)</b> <input type="radio"/> Urgencias <input type="radio"/> Pediatría <input type="radio"/> Unidad de cuidados intensivos Días No. <input type="text"/> <input type="text"/> Días No. <input type="text"/> <input type="text"/> Días No. <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>8.7 Fecha de egreso (dd/mm/aaaa)</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"/>	
<b>8.8 Motivo de egreso</b> <input type="radio"/> 1. Mejoría <input type="radio"/> 2. Salida voluntaria <input type="radio"/> 3. Muerte	<b>8.9 ¿Se dió salida con cuadro de diarrea?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	<b>8.10 Diagnóstico de egreso:</b> _____

**9. DATOS DE LABORATORIO**

<b>9.1 Fecha de recolección (dd/mmm/aaaa)</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"/>	<b>9.2 Fecha de recepción (LSP) (d/mmm/aaaa)</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"/>	<b>9.3 Fecha de resultado (d/mmm/aaaa)</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"/>
<b>9.4 Identificación de rotavirus</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No    Serotipo G <input type="text"/> P <input type="text"/>		
<b>9.5 Identificación de bacterias</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No    ¿Cuáles? _____		
<b>9.6 Identificación de parásitos</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No    ¿Cuáles? _____		

**10. OTROS DATOS**

<b>10.1 ¿Asiste el niño a guardería?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No    ¿Cuál? _____	<b>10.2 Hay más personas con diarrea en la familia?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido
---	---