

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 * EBOLA				Código del evento [6] [0] [7]		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 <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) [] [] / [] [] / [] [] [] []			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 Nacionalidad * [] [] [] [] Código			
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 * 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 * <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 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 * <small>Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior</small>			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 * 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 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 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) [] [] / [] [] / [] [] [] []			
---	--	--	--	--	--	--	--

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

Cod INS 607. Ébola

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. INFORMACIÓN GENERAL

5.1 Nombre del familiar o contacto	5.2 Números telefónicos del contacto									
_____	_____	_____								
Nombres y Apellidos	Teléfono #1	Teléfono #2								
5.3 Fecha de ingreso a Colombia del PACIENTE (dd/mm/aaaa)										
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

6. DESPLAZAMIENTOS EN LOS ULTIMOS 21 DÍAS ANTES DEL INICIO DE SINTOMAS

Nota: La fecha del primer desplazamiento ANTES del inicio de síntomas será la misma fecha de inicio de síntomas

1	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)
2	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)
3	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)
4	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)
5	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)

7. SIGNOS Y SINTOMAS

<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Astenia y adinamia	<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Erupción	<input type="checkbox"/> Diarrea	7.1 ¿Cuáles otros?
<input type="checkbox"/> Sangrados o coagulopatías	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Conjuntivitis	_____

8. DESPLAZAMIENTOS DESPUÉS DEL INICIO DE SINTOMAS HASTA LA FECHA DE CONSULTA ACTUAL Y AISLAMIENTO

1	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)	Lugar específico
2	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)	Lugar específico
3	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)	Lugar específico
4	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO O ESTADO	PAÍS	Fecha de desplazamiento (dd/mm/aaaa)	Lugar específico