

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 * PARALISIS FLACIDA AGUDA				Código del evento [6][1][0]		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 610. Parálisis flácida aguda

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 individuo menor de 15 años que presente parálisis flácida aguda no causada por trauma, tumor o degeneramiento de la neurona motora.

Envíe la ficha de solicitud de examen de laboratorio de salud pública con la muestra correspondiente al nivel de competencia

5. INFORMACIÓN GENERAL Y ANTECEDENTES

5.1 Nombre de la madre del paciente		5.2 Nombre del padre del paciente			
5.3 Fecha de la investigación (dd/mm/aaaa)	5.4 Número de dosis recibidas (VOP)	5.5 Número de dosis recibidas (VIP)	5.6 Fecha última dosis (dd/mm/aaaa)		5.7 ¿Tiene carné?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 3. Desconocido <input type="radio"/> 2. No

6. CUADRO CLINICO

6.1 Pródromos						6.2 Instalación	
6.1.1 Fiebre <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	6.1.2 Respiratorios <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	6.1.3 Digestivos <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	6.1.4 Dolor muscular <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	6.1.5 Signos meníngeos <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	6.1.6 Fiebre inicio parálisis <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	<input type="text"/> *(días comprendidos desde el inicio de la parálisis hasta la máxima intensidad de la misma)	
6.3 Progresión <input type="radio"/> 1. Ascendente <input type="radio"/> 2. Descendente <input type="radio"/> 3. Indeterminada			6.4 Fecha de inicio de parálisis (dd/mm/aaaa)				
6.5 EXTREMIDAD	6.5.1 Paresia Extremidad	6.5.2 Parálisis	6.5.3 Flácida	6.5.4 Localización	6.5.5 Sensibilidad*	6.5.6 ROT*	
M. superior derecho	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Proximal <input type="radio"/> 2. Distal	<input type="radio"/> 1. N <input type="radio"/> 2. A <input type="radio"/> 3. D	<input type="radio"/> 1. N <input type="radio"/> 2. A <input type="radio"/> 3. D	
M. superior izquierdo	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Proximal <input type="radio"/> 2. Distal	<input type="radio"/> 1. N <input type="radio"/> 2. A <input type="radio"/> 3. D	<input type="radio"/> 1. N <input type="radio"/> 2. A <input type="radio"/> 3. D	
M. inferior derecho	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Proximal <input type="radio"/> 2. Distal	<input type="radio"/> 1. N <input type="radio"/> 2. A <input type="radio"/> 3. D	<input type="radio"/> 1. N <input type="radio"/> 2. A <input type="radio"/> 3. D	
M. inferior izquierdo	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Proximal <input type="radio"/> 2. Distal	<input type="radio"/> 1. N <input type="radio"/> 2. A <input type="radio"/> 3. D	<input type="radio"/> 1. N <input type="radio"/> 2. A <input type="radio"/> 3. D	

* Reflejos osteotendinosos. N = Normal A= Aumentado D=Disminuido

6.6 OTROS COMPROMISOS

6.6.1 Músculos respiratorios <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	6.6.2 Signos meníngeos <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	6.6.3 Babinsky <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	6.6.4 Brudzinsky <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	6.6.5 Pares craneanos <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido
---	---	---	---	--

8. LABORATORIO

Estudios realizados	8.1 Líquido cefalorraquídeo <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	8.2 Electromiografía <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	8.3 Velocidad de conducción <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	8.4 Impresión diagnóstica inicial	CIE 10
	<input type="text"/>				
8.5 Muestra de materia fecal (se cuenta con 14 días a partir del inicio de la parálisis para la toma de la muestra)					
8.5.1 Toma de muestra <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	8.5.2 Fecha de toma (dd/mm/aaaa)	8.5.3 Fecha de envío (dd/mm/aaaa)	8.5.4 Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
8.5.5 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)	8.5.6 Resultado				
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Negativo <input type="radio"/> 4. Poliovirus salvaje tipo 2 <input type="radio"/> 7. Poliovirus vacunal tipo 2 <input type="radio"/> 2. Enterovirus no polio <input type="radio"/> 5. Poliovirus salvaje tipo 3 <input type="radio"/> 8. Poliovirus vacunal tipo 3 <input type="radio"/> 3. Poliovirus salvaje tipo 1 <input type="radio"/> 6. Poliovirus vacunal tipo 1 <input type="radio"/> 9. Poliovirus derivado de vacuna tipo 1				
8.6 Fecha de vacunación de bloqueo (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>				

7. SEGUIMIENTO Y CLASIFICACIÓN FINAL

7.1 Caso detectado por <input type="radio"/> 1. Consulta <input type="radio"/> 3. Búsqueda activa institucional <input type="radio"/> 5. Investigación de contactos <input type="radio"/> 7. Otros <input type="radio"/> 2. Laboratorio <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa comunitaria <input type="radio"/> 6. Comunidad <input type="radio"/> 8. Desconocido					
7.2 Fecha seguimiento a 60 días (dd/mm/aaaa)	7.3 Parálisis residual a los 60 días <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 3. Desconocido <input type="radio"/> 2. No	7.4 Atrofia a los 60 días <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 3. Desconocido <input type="radio"/> 2. No	7.5 Clasificación final <input type="radio"/> 1. Polio salvaje <input type="radio"/> 4. Polio compatible <input type="radio"/> 2. Polio derivado <input type="radio"/> 5. Descartado <input type="radio"/> 3. Polio asociado		
7.6 Fecha clasificación (dd/mm/aaaa)	7.7 Criterio para la clasificación <input type="radio"/> 1. Laboratorio <input type="radio"/> 3. Defunción <input type="radio"/> 5. Sin parálisis residual <input type="radio"/> 2. Perdido para seguimiento <input type="radio"/> 4. Con parálisis residual <input type="radio"/> 6. Otro diagnóstico clínico	<input type="text"/>			
7.8 Diagnóstico final (CIE 10)	<input type="text"/>				