

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 * <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="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				Razón social de la unidad primaria generadora del dato * HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO			
1.2 Nombre del evento *				1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) * <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			

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) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		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			
2.9 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 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> <small>País</small>		2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Departamento Municipio</small>		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 <small>Código</small>		2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso			
2.19 Ocupación del paciente * <small>Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior</small> <input type="text"/>		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 * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Código</small>			
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 * <small>País Departamento Municipio</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
3.3 Dirección de residencia *					
3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		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	
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		3.9 Condición final * <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde		3.7 Hospitalizado * <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		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) <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 710. Rubéola | Cod INS 730. Sarampión

FOR-R02.0000-075 V:04 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 padre o de la madre del paciente				
5.2 Ocupación del padre o de la madre		Código	5.3 Dirección del trabajo	
5.4 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				
5.5 Vacuna contra el sarampión		5.5.1 Dosis		5.5.2 Última dosis (dd/mm/aaaa)
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido				
5.6 Vacuna contra la rubéola		5.6.1 Dosis		5.6.2 Última dosis (dd/mm/aaaa)
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido				
		5.5.3 Fuente		5.5.4. Tipo de vacuna
		<input type="radio"/> 1. Carné <input type="radio"/> 2. Verbal <input type="radio"/> 1. Sarampión S <input type="radio"/> 3. Triple viral SRP		<input type="radio"/> 2. Sarampión rubéola SR
		<input type="radio"/> 3. Registro de salud o RIPS		
		5.6.3 Fuente		5.6.4. Tipo de vacuna
		<input type="radio"/> 1. Carné <input type="radio"/> 2. Verbal <input type="radio"/> 1. Sarampión S <input type="radio"/> 3. Triple viral SRP		<input type="radio"/> 2. Sarampión rubéola SR
		<input type="radio"/> 3. Registro de salud o RIPS		

6. DATOS CLÍNICOS

6.1. Visita domiciliaria (dd/mm/aaaa)		6.2 Diagnóstico inicial CIE 10		6.3 Inicio de fiebre (dd/mm/aaaa)		6.4. Tipo de erupción			
						<input type="radio"/> 1. Máculo papular <input type="radio"/> 3. Otro			
						<input type="radio"/> 2. Vesicular <input type="radio"/> 4. Desconocido			
6.5 Inicio de erupción (dd/mm/aaaa)		6.6 Duración de la erupción		6.7 ¿Tos?		6.8 ¿Coriza?		6.9 ¿Conjuntivitis?	
		Días		<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido		<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido		<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	
6.10 ¿Adenopatía?		6.11 ¿Artralgia?		6.13 Lugar probable de parto					
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido		<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido		País Departamento Municipio					

7. POSIBLE FUENTE DE INFECCIÓN

7.1 ¿Hubo contacto con otro caso confirmado de sarampión/rubéola (7 – 23) días antes de inicio de la erupción?					<input type="radio"/> 1. Sarampión	<input type="radio"/> 2. Rubéola	<input type="radio"/> 3. Ambos	<input type="radio"/> 4. Ninguno	<input type="radio"/> 5. Desconocido
7.2 ¿Hubo algún caso confirmado de sarampión/rubéola en el área antes de este caso?					<input type="radio"/> 1. Sarampión	<input type="radio"/> 2. Rubéola	<input type="radio"/> 3. Ambos	<input type="radio"/> 4. Ninguno	<input type="radio"/> 5. Desconocido
7.3 ¿Viajó durante los (7-23) días previos al inicio de la erupción?					7.4 ¿A dónde?				
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido					País Departamento Municipio				
7.5 ¿Tuvo contacto con una mujer embarazada entre los cinco días antes del inicio y los siete días después del inicio de los síntomas?					<input type="radio"/> 1. Sí	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. Desconocido		
7.6 Fuente de contagio					<input type="radio"/> 1. Contacto en casa	<input type="radio"/> 2. Comunidad	<input type="radio"/> 3. Centro de Salud	<input type="radio"/> 88. Otros	<input type="radio"/> 99. Desconocido

8. SEGUIMIENTO, AJUSTES Y CLASIFICACIÓN FINAL

8.1 ¿Hubo vacunación de bloqueo?		8.2 ¿Hubo monitoreo rápido de cobertura?		8.3 ¿Se hizo seguimiento a contactos?		8.3.1 Fecha final seguimiento a contactos		
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido		<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido		<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido				
8.4 Si el caso fue confirmado, señale fuente de infección					<input type="radio"/> 1. Importado	<input type="radio"/> 2. Relacionado con importación	<input type="radio"/> 3. Fuente desconocida	<input type="radio"/> 4. Autóctono
8.5 Si el caso fue importado o relacionado con importación ¿De qué país?					Código País			
8.6 Si el caso es descartado, señale el criterio para descartar					<input type="radio"/> 1. Laboratorio negativo <input type="radio"/> 2. Reacción vacunal <input type="radio"/> 3. Dengue <input type="radio"/> 4. Parvovirus B19 <input type="radio"/> 5. Herpes 6,6 <input type="radio"/> 6. Reacción alérgica <input type="radio"/> 7. Otro diagnóstico			

9. DATOS DEL LABORATORIO

Tome una muestra de sangre al primer contacto con el caso; a todo caso que esté en los primeros siete días de inicio de erupción, tome adicionalmente muestra para aislamiento y detección viral (hisopado nasal/faringeo y orina)

9.1 Fecha de toma (dd/mm/aaaa)	Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)	Muestra	Prueba	Agente	Resultado	Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)	Valor registrado

Marque así	MUESTRA	2. Orina 3. Hisopado nasofaríngeo 8. Aspirado nasofaríngeo 13. Suero							
	PRUEBA	2. IgM 3. IgG 4. PCR 73. Elisa E1. Aislamiento viral B5. Pruebas Genotípicas							
	AGENTE	1. Sarampión 2. Rubéola 3. Dengue 4. Citomegalovirus 7. Herpes virus 55. Parvovirus 72. Chikungunya							
	RESULTADO	1. Positivo 2. Negativo 3. No procesado 4. Inadecuado 5. Dudoso 6. Valor registrado							
Si la prueba realizada es B5. Pruebas Genotípicas y el resultado es 1. Positivo, obligatoriamente debe registrar alguno de los siguientes valores:									
710 Rubéola		1, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1g, 2A, 2B, 2c			730 Sarampión			A, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, E, F, G1, G2, G3, H1, H2	