

## 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 \*

RUBEOLA CONGENITA

## Código del evento

7 2 0

## 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 \*

## 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

## 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  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. nexo 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. nexo 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 720. Síndrome de rubeola congénita

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 Clasificación inicial  
 1. Sospechoso por datos clínicos     2. Sospechoso por hijo de madre con sospecha o confirmación de rubéola

5.2 Lugar de nacimiento del paciente (Departamento/Municipio) Código

5.3 Fuente de notificación     1. Pública     2. Privada     3. Laboratorio     4. Comunidad     5. Búsqueda activa     8. Otras     9. Desconocida

6. HISTORIA MATERNA

6.1 Nombre de la madre

6.2 Edad de la madre <input type="text"/> <input type="text"/> Años	6.3 Embarazos Número de embarazos previos <input type="text"/> <input type="text"/>	6.4 ¿Viajes? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 9. Desconocido <input type="radio"/> 2. No	6.5 País donde viajó <span style="float: right;">Código</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.6 Departamento/Municipio donde viajó <span style="float: right;">Código</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		6.7 Semanas de embarazo en viaje <input type="text"/> <input type="text"/>	

7. DATOS CLÍNICOS

7.1 APGAR (1-10) <input type="text"/> <input type="text"/>	7.2 ¿Bajo de peso al nacer? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 9. Desconocido <input type="radio"/> 2. No	7.3 Peso (grs) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	7.4 Pequeño para edad gestacional? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 9. Desconocido <input type="radio"/> 2. No	7.5 Semanas (nacimiento) <input type="text"/> <input type="text"/>
7.6 Ojos Cataratas <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Glaucoma <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Retinopatía pigmentaria <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Otro: _____	7.7. Corazón Persistencia del conducto arterioso <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Estenosis de la arteria pulmonar <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Otro: _____		7.9 Otros órganos Microcefalia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Retraso en el desarrollo psicomotor <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Púrpura <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Hígado agrandado (Hepatomegalia) <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Ictericia al nacer <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Bazo agrandado (esplenomegalia) <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Osteopatía radiolúcida <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Meningoencefalitis <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido	
7.10 Fecha de inicio de investigación de campo (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	7.11 Diagnóstico final <input type="radio"/> 1. Infección congénita <input type="radio"/> 2. Otro <input type="radio"/> 9. Desconocido	7.12 Investigado por: _____		7.13 Teléfono _____

8. DATOS DE LABORATORIO

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

Tome 2 cc de sangre al primer contacto con un caso sospechosos de SRC y una muestra para aislamiento

8.1 Fecha de toma (dd/mm/aaaa)	Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)	Muestra	Prueba	Agente	Resultado	Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)	Valor registrado
<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"/> <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"/> - <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"/> - <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"/> <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"/> <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"/>	<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"/>	<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"/> <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"/> - <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"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Marque así

**Muestra** 2. Orina | 3. Hisopado | 4. Tejido | 8. Aspirado nasofaríngeo | 13. Suero

**Prueba** 4. PCR | 30 Patología | 73 Elisa | E1. Aislamiento viral |

**Agente** 2. Rubéola | 4. Citomegalovirus | 5. Toxoplasma | 6. Sífilis | 7. Vlrus herpes | 9. Desconocido

**Resultado** 1- Positivo | 2- Negativo | 3- No procesado | 4- Inadecuado | 5- Dudoso | 6. Valor registrado