

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="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 *			Código del evento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		1.3 Fecha de la notificación (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"/>		

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 * <input type="text"/> <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>											
2.3 Nombres y apellidos del paciente *								2.4 Teléfono * <input type="text"/> <input type="text"/>			
2.5 Fecha de nacimiento (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"/> <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			2.8 Nacionalidad * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> País				2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 * Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior Código: <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"/> 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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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			3.7 Hospitalizado * <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
3.8 Fecha de hospitalización (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"/> <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		3.10 Fecha de defunción (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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			3.11 Número certificado de defunción			
3.12 Causa básica de muerte <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				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"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 740. Sífilis congénita | Cod INS 750. Sífilis gestacional

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. DIAGNÓSTICO MATERNO

5.1 Condición al momento del diagnóstico <input type="radio"/> 1. Embarazo <input type="radio"/> 2. Parto <input type="radio"/> 3. Puerperio	5.2 ¿Control prenatal en embarazo actual? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.2.1 Edad gestacional al primer control prenatal <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas
5.2.2 Diagnóstico embarazo actual <input type="radio"/> 1. Primera vez <input type="radio"/> 2. Reinfección		

PRUEBA TREPONÉMICA

5.3 Prueba treponémica <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.3.1 Edad gestacional a la realización de la prueba <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas
5.3.2. Cuál <input type="radio"/> 4. Prueba rápida <input type="radio"/> 5. Otra	5.3.3 Resultado <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo

PRUEBA NO TREPONÉMICA (VDRL ó RPR)

5.4 Prueba no treponémica (VDRL ó RPR) <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.4.1. Edad gestacional a la realización de la prueba <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas	
5.4.2. Resultado		
<input type="text"/> 3 ≤2 DILS	<input type="text"/> 7 32 DILS	<input type="text"/> 11 512 DILS
<input type="text"/> 4 4 DILS	<input type="text"/> 8 64 DILS	<input type="text"/> 12 1024 DILS
<input type="text"/> 5 8 DILS	<input type="text"/> 9 128 DILS	<input type="text"/> 13 2048 DILS
<input type="text"/> 6 16 DILS	<input type="text"/> 10 256 DILS	

6. TRATAMIENTO MATERNO

6.1 Penicilina benzatínica - número de Dosis recibidas antes del parto <input type="radio"/> 0 Dosis <input type="radio"/> 1 Dosis <input type="radio"/> 2 Dosis <input type="radio"/> 3 Dosis	6.2 Fecha aplicación primera dosis en la gestante (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"/>	6.3 Tratamiento de contactos <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
---	---	---

Sífilis congénita. Cod INS 740

Ante un caso de sífilis congénita es obligatorio diligenciar toda la ficha (diagnóstico materno, tratamiento materno y sífilis congénita)

7.1. Nombres y apellidos de la madre	7.2. Tipo de ID*	7.3. Número de identificación de la madre
--------------------------------------	------------------	---

*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

7.4 Tiempo de residencia en el país

 1. Seis (6) meses o más 2. Menos de seis (6) meses

7.5 Resultado de la gestación <input type="radio"/> 1. Recién nacido vivo <input type="radio"/> 3. Mortinato	7.6 Número de productos al nacimiento (En este parto) <input type="text"/>	7.7 Edad gestacional al nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas
---	---	---

7.8 Resultado de la serología de la madre en el momento del parto (VDRL ó RPR)

<input type="text"/> 3 ≤2 DILS	<input type="text"/> 7 32 DILS	<input type="text"/> 11 512 DILS
<input type="text"/> 4 4 DILS	<input type="text"/> 8 64 DILS	<input type="text"/> 12 1024 DILS
<input type="text"/> 5 8 DILS	<input type="text"/> 9 128 DILS	<input type="text"/> 13 2048 DILS
<input type="text"/> 6 16 DILS	<input type="text"/> 10 256 DILS	

7.8 Resultado de la serología del recién nacido (VDRL o RPR)

<input type="text"/> 3 ≤2 DILS	<input type="text"/> 7 32 DILS	<input type="text"/> 11 512 DILS
<input type="text"/> 4 4 DILS	<input type="text"/> 8 64 DILS	<input type="text"/> 12 1024 DILS
<input type="text"/> 5 8 DILS	<input type="text"/> 9 128 DILS	<input type="text"/> 13 2048 DILS
<input type="text"/> 6 16 DILS	<input type="text"/> 10 256 DILS	<input type="text"/> 14 No reactiva