

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 *				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 _____				2.8 Nacionalidad * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Código			
2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso * COLOMBIA		2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> País 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 <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"/> 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 <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"/>		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	
3.7 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"/>		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"/>	
3.11 Número certificado de defunción		3.12 Causa básica de muerte <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"/>	
---	--	--	--	---	--

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"/> 3. Puerperio <input type="radio"/> 2. Parto	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 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 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 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 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 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Semanas																								
5.4.2. Resultado <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; text-align: center;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">≤2 DILS</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; text-align: center;">7</td> <td style="padding: 0 5px;">32 DILS</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; text-align: center;">11</td> <td style="padding: 0 5px;">512 DILS</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4 DILS</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="padding: 0 5px;">64 DILS</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">12</td> <td style="padding: 0 5px;">1024 DILS</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">8 DILS</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="padding: 0 5px;">128 DILS</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">13</td> <td style="padding: 0 5px;">2048 DILS</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> <td style="padding: 0 5px;">16 DILS</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">10</td> <td style="padding: 0 5px;">256 DILS</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		3	≤2 DILS	7	32 DILS	11	512 DILS	4	4 DILS	8	64 DILS	12	1024 DILS	5	8 DILS	9	128 DILS	13	2048 DILS	6	16 DILS	10	256 DILS		
3	≤2 DILS	7	32 DILS	11	512 DILS																				
4	4 DILS	8	64 DILS	12	1024 DILS																				
5	8 DILS	9	128 DILS	13	2048 DILS																				
6	16 DILS	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) <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	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) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	7.7 Edad gestacional al nacimiento <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Semanas
---	--	--

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

3	≤2 DILS	7	32 DILS	11	512 DILS
4	4 DILS	8	64 DILS	12	1024 DILS
5	8 DILS	9	128 DILS	13	2048 DILS
6	16 DILS	10	256 DILS		

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

3	≤2 DILS	7	32 DILS	11	512 DILS
4	4 DILS	8	64 DILS	12	1024 DILS
5	8 DILS	9	128 DILS	13	2048 DILS
6	16 DILS	10	256 DILS	14	No reactiva