

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 *

TETANOS NEONATAL

Código del evento

7 7 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 2. Meses 3. Días 4. Horas 5. Minutos 0. No aplica

2.8 Nacionalidad *

/ /
Código

2.9 Sexo *

 M. Hombre I. Indeterminado
 F. Mujer

2.10 Identidad de género

 1. Hombre 2. Mujer 3. Hombre trans 4. Mujer trans 5. Otra
Cuál otra? _____

2.11 Orientación sexual

 1. Heterosexual 2. Gay/Lesbiana 3. Bisexual 4. Otra
Cuál 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 *

 1. Cabecera municipal 2. Centro poblado 3. Rural disperso

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 E. Especial C. Contributivo S. Subsidiado N. No Asegurado 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 Desplazados Migrantes Personas privadas de la libertad Gestantes Habitantes de la calle Semanas de gestación Población infantil a cargo del ICBF Madres comunitarias Desmovilizados Centros psiquiátricos Víctimas de violencia armada Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente

 1. Notificación rutinaria 2. Búsqueda activa Inst. 3. Vigilancia Intensificada 4. Búsqueda activa com. 5. Investigaciones

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 2. Probable 3. Conf. por laboratorio 4. Conf. Clínica 5. Conf. nexos 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 3. Conf. por laboratorio 4. Conf. Clínica 5. Conf. nexos epidemiológico 6. Descartado 7. Otra actualización D. Descartado por error de digitación

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 770. Tétanos neonatal

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 Nombre de la madre:

5.2 Edad de la madre	5.3 ¿Llanto al nacer? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.4 ¿Mamaba normal al nacer? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.5. ¿Dejo de mamar? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.6 En que fecha (dd/mm/aaaa) [][] / [][] / [][][][]	5.7 Hipertemia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
----------------------	---	--	--	---	--

6. DATOS CLÍNICOS

6.1 Fontanela abombada <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.2 Rigidez en la nuca <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.3 Trismus <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.4 Convulsiones <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.5 Espasmos <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
6.6 Contracciones <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.7 Opistótonos <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.8 ¿Llanto excesivo? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.9 ¿Sepsis umbilical? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	

7. FACTORES DE RIESGO GESTACIONAL

7.1 Número de embarazos con el del caso	7.2 ¿Asistió a control prenatal? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.3 Si marcó no, explique porqué no asistió a control prenatal
---	--	--

Si en la pregunta 7.2 marcó sí, diligencie los siguientes campos (7.4)

¿Atendido por médico? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	¿Atendido por enfermero (a) <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	¿Atendido por auxiliar? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	¿Atendido por promotor (a) ? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	¿Atendido por otro? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	¿Sí marco otro quién? _____
7.5 Número de controles	7.6 Último control prenatal (dd/mm/aaaa) [][] / [][] / [][][][]	7.7 ¿Vivió la madre en el mismo lugar durante el embarazo? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		7.8 En caso negativo, ¿en qué municipio? [][] [][] [][][][] Departamento Municipio	

8. ANTECEDENTES VACUNALES

8.1 ¿Antecedentes de vacunación antitetánica? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	8.2 Número de dosis TdaP ó TD	8.3 Si marcó no, explique porqué no recibió la vacuna			
8.4 Fecha de la dosis 1 (dd/mm/aaaa) TD1 [][] / [][] / [][][][]	8.5 Fecha de la dosis 2 (dd/mm/aaaa) TD2 [][] / [][] / [][][][]	8.6 Fecha de la dosis 3 (dd/mm/aaaa) TD3 [][] / [][] / [][][][]	8.7 Fecha de la dosis 4 (dd/mm/aaaa) TD4 [][] / [][] / [][][][]		

9. FACTORES DE RIESGO

9.1 Lugar del parto <input type="radio"/> 1. Casa <input type="radio"/> 2. Institución de salud	9.2 Marque con una X quién atendió al parto <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Promotora <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Partera complementada <input type="radio"/> Sola <input type="radio"/> Auxiliar <input type="radio"/> Partera no complementada <input type="radio"/> Otro			
9.3 ¿Se aplicaron sustancias en el muñón umbilical? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	9.3.1 ¿Cuál sustancia ? _____			