

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 *

TOSFERINA

Código del evento

8 0 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 *

/ /
Departamento Municipio

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 Semanas de gestación 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. nexa 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. nexa 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 800. Tos ferina

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	Tipo de ID*	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

6. ANTECEDENTES

6.1 Caso identificado por <input type="radio"/> 1. Consulta externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización <input type="radio"/> 4. Búsqueda comunitaria	6.2 Dosis aplicadas de vacuna antipertussis <input type="radio"/> 0. Ninguna <input type="radio"/> 1. Una <input type="radio"/> 2. Dos	6.3 Tipo de vacuna <input type="radio"/> 3. Tres <input type="radio"/> 4. Primer refuerzo <input type="radio"/> 5. Segundo refuerzo	6.4 Fecha última dosis (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
6.5 Antecedente materno de vacunación Tdap <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.6 Fecha última dosis Tdap (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	6.7 Semana de gestación de aplicación Tdap <input type="text"/> Semanas	

7. DATOS CLÍNICOS

7.1 Infección respiratoria <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2 Etapa de la enfermedad <input type="radio"/> 1. Catarral <input type="radio"/> 2. Espasmódica <input type="radio"/> 3. Convaleciente	7.3 Tos <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.3.1 Duración de la tos (días) <input type="text"/>	7.4 Tos paroxística <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
7.5 Estridor <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.6 Apnea <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.7 Cianosis <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.8 Vómito postusivo <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.9 Complicaciones <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
7.10 Tipo de complicaciones <input type="radio"/> 1. Convulsiones <input type="radio"/> 2. Atelectasia <input type="radio"/> 3. Neumotorax <input type="radio"/> 4. Neumonía <input type="radio"/> 5. Otro				

8. TRATAMIENTO ESPECÍFICO

8.1 Tratamiento antibiótico <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	8.1.1. Tipo de antibiótico	8.1.2. Duración del tratamiento (días) <input type="text"/>
---	-----------------------------------	---

9. SEGUIMIENTO

9.1 Investigación de campo efectiva <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	9.2 Fecha de investigación de campo (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
---	---

10. DATOS DE LABORATORIO

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

10.1 Fecha de la toma (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Fecha de recepción (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Muestra <input type="text"/>	Prueba <input type="text"/>	Agente <input type="text"/>	Resultado <input type="text"/>	Fecha de resultado (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
10.2 Fecha de la toma (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Fecha de recepción (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Muestra <input type="text"/>	Prueba <input type="text"/>	Agente <input type="text"/>	Resultado <input type="text"/>	Fecha de resultado (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Marque así

MUESTRA: 3. HISOPADO NASOFARINGEO | 8. ASPIRADO NASOFARINGEO | 13. SUERO | 4. TEJIDO | 22. LAVADO BRONQUIAL
PRUEBA: 55. CULTIVO | 30. PATOLOGIA | 4. PCR | 3. IgG
AGENTE: 25. BORDETELLA PERTUSSIS- 26. BORDETELLA PARAPERTUSSIS- .68 . BORDETELLA SPP.- 83. BORDETELLA HOLMESII
RESULTADO: 1. POSITIVO | 2. NEGATIVO | 3. NO PROCESADO | 4. INADECUADO | 14. BORDERLINE |