

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="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 *

TUBERCULOSIS

Código del evento

<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="3"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

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 *

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)

<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 *

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

2.8 Nacionalidad *

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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

<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"/>
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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2.20 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 *

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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
<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"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3.6 Clasificación inicial de caso *

1. Sospechoso 3. Conf. por laboratorio
 2. Probable 4. Conf. Clínica
 5. Conf. nexos epidemiológico

3.7 Hospitalizado *

Sí 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"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3.9 Condición final *

1. Vivo
 2. Muerto
 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"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte

<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

0. No aplica 4. Conf. Clínica 6. Descartado D. Descartado por error de digitación
 3. Conf. por laboratorio 5. Conf. nexos epidemiológico 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"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 813. Tuberculosis

FOR-R02.0000-075 V:04 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. CLASIFICACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

5.1. Condición <input type="radio"/> 1. Sensible <input type="radio"/> 2. Resistente	5.2 Tipo de tuberculosis <input type="radio"/> 1. Pulmonar <input type="radio"/> 2. Extrapulmonar	5.3 Localización de la tuberculosis extrapulmonar <input type="radio"/> 1. Pleural <input type="radio"/> 2. Meningea <input type="radio"/> 3. Peritoneal <input type="radio"/> 4. Ganglionar <input type="radio"/> 5. Renal <input type="radio"/> 7. Intestinal <input type="radio"/> 8. Osteoarticular <input type="radio"/> 9. Genitourinaria <input type="radio"/> 10. Pericárdica <input type="radio"/> 11. Cutánea <input type="radio"/> 12. Otro
---	--	--

6. CLASIFICACIÓN DE CASO BASADA EN LA HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO DE LA TUBERCULOSIS Y BASADA EN EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO

6.1. Según antecedente de tratamiento <input type="radio"/> 1. Nuevo <input type="radio"/> 2. Previamente tratado	6.2 Previamente tratado <input type="radio"/> 2. Reingreso tras recaída <input type="radio"/> 3. Reingreso tras fracaso <input type="radio"/> 4. Recuperado tras pérdida al seguimiento <input type="radio"/> 5. Otros casos previamente tratados	<input type="radio"/> 6. Personas tratadas con tuberculosis sensible a los medicamentos <input type="radio"/> 7. Personas tratadas para tuberculosis con medicamentos de 2da línea (MDR, RR, XDR)
--	--	--

7. INFORMACIÓN ADICIONAL

7.1. El paciente es trabajador de la salud? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.1 Ocupación <input type="text"/>	7.2 Clasificación basada en el estado de la prueba para VIH? <input type="radio"/> 1. Persona con tuberculosis y VIH <input type="radio"/> 2. Persona con tuberculosis y sin VIH <input type="radio"/> 3. Persona con tuberculosis y estado de VIH desconocido	7.3 Peso actual Kg <input type="text"/>	7.4 Talla actual Mts <input type="text"/>	7.5 IMC (índice masa corporal) <input type="text"/>
--	--	--	---	---	---

8. CONFIGURACIÓN DE CASO

8.1. Datos de laboratorio <table border="0"> <tr> <td> Baciloscopia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No </td> <td> Resultado baciloscopia <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo <input type="radio"/> 1. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> <input type="radio"/> 2. <i>Mycobacterium bovis</i> <input type="radio"/> 3. <i>Mycobacterium africanum</i> <input type="radio"/> 4. <i>Mycobacterium microti</i> <input type="radio"/> 5. <i>Mycobacterium canet tii</i> </td> <td> Cultivo <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No </td> <td> Resultado cultivo <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo <input type="radio"/> 3. En proceso </td> <td> Prueba Molecular <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No </td> <td> Resultado prueba molecular para la confirmación del caso <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo </td> </tr> <tr> <td> Nombre de la especie identificada </td> <td> Histopatología <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No </td> <td> Resultado histopatología <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo </td> <td> Resultado prueba de sensibilidad a fármacos (PSF) <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo <input type="radio"/> 3. No se realizó </td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Baciloscopia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Resultado baciloscopia <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo <input type="radio"/> 1. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> <input type="radio"/> 2. <i>Mycobacterium bovis</i> <input type="radio"/> 3. <i>Mycobacterium africanum</i> <input type="radio"/> 4. <i>Mycobacterium microti</i> <input type="radio"/> 5. <i>Mycobacterium canet tii</i>	Cultivo <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Resultado cultivo <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo <input type="radio"/> 3. En proceso	Prueba Molecular <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Resultado prueba molecular para la confirmación del caso <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo	Nombre de la especie identificada	Histopatología <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Resultado histopatología <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo	Resultado prueba de sensibilidad a fármacos (PSF) <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo <input type="radio"/> 3. No se realizó		
Baciloscopia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Resultado baciloscopia <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo <input type="radio"/> 1. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> <input type="radio"/> 2. <i>Mycobacterium bovis</i> <input type="radio"/> 3. <i>Mycobacterium africanum</i> <input type="radio"/> 4. <i>Mycobacterium microti</i> <input type="radio"/> 5. <i>Mycobacterium canet tii</i>	Cultivo <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Resultado cultivo <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo <input type="radio"/> 3. En proceso	Prueba Molecular <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Resultado prueba molecular para la confirmación del caso <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo							
Nombre de la especie identificada	Histopatología <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Resultado histopatología <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo	Resultado prueba de sensibilidad a fármacos (PSF) <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo <input type="radio"/> 3. No se realizó									

8.2 Ayudas diagnósticas utilizadas para la configuración de caso <table border="0"> <tr> <td> Cuadro clínico <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No </td> <td> Nexo epidemiológico <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No </td> <td> Radiológico <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No </td> <td> ADA <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No </td> <td> Tuberculina <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No </td> </tr> </table>	Cuadro clínico <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Nexo epidemiológico <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Radiológico <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	ADA <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Tuberculina <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	8.3 Comorbilidades - condiciones especiales para el manejo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Silicosis <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Desnutrición
Cuadro clínico <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Nexo epidemiológico <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Radiológico <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	ADA <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Tuberculina <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		

8.4 Fecha de confirmación diagnóstico TBFR (dd/mm/aaaa)

8.5 Clasificación de caso según tipo de resistencia

Registre en el círculo contiguo al medicamento según corresponda 1:Sensible - 2:Resistente - 3. No realizado

<input type="radio"/> 1. Monoresistencia <small>* Resistencia a un solo medicamento de primera línea</small>	H: Isoniazida (1) (2) (3) E: Etambutol (1) (2) (3) Z: Pirazinamida (1) (2) (3)
<input type="radio"/> 2. MDR <small>* Resistencia de forma simultánea a H y R</small>	H: Isoniazida (2) R: Rifampicina (2)
<input type="radio"/> 3. Poliresistente <small>* Resistencia a más de un medicamento de primera línea que no sea H y R simultáneamente</small>	H: Isoniazida (2) E: Etambutol (2) Z: Pirazinamida (2)
<input type="radio"/> 4. XDR (Extensivamente resistente) <small>* Caso que cumple con definición de MDR y también es resistente a alguna Quinolona y al menos a uno de los medicamentos adicionales del grupo A</small>	H: Isoniazida (2) R: Rifampicina (2) Lfx: Levofloxacin (2) Bdq: Bedaquilina (2) Mfx: Moxifloxacin (2) Lzd: Linezolid (2)
<input checked="" type="radio"/> 7. RR (Resistencia a rifampicina) <small>* Esta condición se cumple cuando paciente es resistente a Rifampicina</small>	R: Rifampicina (2)
<input type="radio"/> 8. Resistencia a pre XDR <small>* Caso con multiresistencia, que es resistente a una fluoroquinolona o al menos a uno de los medicamentos inyectables de segunda línea. Esta definición operará en el Programa hasta que la OMS lo defina, dada la supresión de los medicamentos inyectables del esquema de manejo</small>	H: Isoniazida (2) R: Rifampicina (2) Lfx: Levofloxacin (2) Bdq: Bedaquilina (2) Mfx: Moxifloxacin (2) Lzd: Linezolid (2)
<input type="radio"/> 9. Resistencia a otros medicamentos	Cfx: Clofazimina (1) (2) (3) Dlm: Delamanid (1) (2) (3)