

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 * VIH				Código del evento <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/>		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 * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
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		2.8 Nacionalidad * <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"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/>		2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia Código <input type="text"/> <input type="text"/>	
2.19 Ocupación del paciente * Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior Código <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 * <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 <input type="text"/>	
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"/> Municipio <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 checked="" 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
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 * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				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 850. VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA

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. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

5.1 Mecanismo probable de transmisión

- Parenteral** 5. Transfusión sanguínea 9. Transplante de órganos 12. Tatuajes
Sexual 1. Heterosexual 3. Bisexual 6. Usuarios drogas IV 10. Piercing 13. Centro estético
 2. Homosexual 4. Materno infantil 7. Accidente de trabajo 11. Hemodiálisis 14. Acupuntura

5.2 Ante todo caso de transmisión materno infantil diligenciar

Nombre de la madre	Tipo de ID*	Número de identificación
--------------------	-------------	--------------------------

5.3 Identidad de género

- M. Masculino F. Femenino T. Transgénero

5.4 ¿Donó sangre en los 12 meses anteriores a esta notificación?

1. Sí 2. No

6. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

6.1 Tipo de prueba con la cual se confirmó el diagnóstico

1. Western Blot 3. Prueba rápida
 2. Carga viral 4. Elisa

6.1.1 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--

6.1.2 Valor de la carga viral (N° de copias)

--

7. INFORMACIÓN CLÍNICA

7.1 Estadio clínico

1. Vih
 2. Sida
 3. Muerto

8. INFORMACIÓN CLÍNICA

8.1 Enfermedades asociadas Marque con una X las enfermedades oportunistas y/o coinfecciones que presente el paciente con estadio SIDA

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Candidiasis esofágica | <input type="checkbox"/> Histoplasmosis extrapulmonar | <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi |
| <input type="checkbox"/> Candidiasis de las vías areas | <input type="checkbox"/> Isosporidiasis crónica | <input type="checkbox"/> Síndrome de emaciación |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis pulmonar | <input type="checkbox"/> Herpes zoster en múltiples dermatomas | <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatía multifocal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer cervical invasivo | <input type="checkbox"/> Histoplasmosis diseminada | <input type="checkbox"/> Septicemia recurrente por Salmonella |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis extrapulmonar | <input type="checkbox"/> Linfoma de Burkitt | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis cerebral |
| <input type="checkbox"/> Coccidioidomicosis | <input type="checkbox"/> Neumonía por pneumocystis | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Citomegalovirus | <input type="checkbox"/> Neumonía recurrente (más de 2 episodios en un año) | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Retinitis por citomegalovirus | <input type="checkbox"/> Linfoma inmunoblástico | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Encefalopatía por VIH | <input type="checkbox"/> Criptosporidiasis crónica | |
| <input type="checkbox"/> Otras micobacterias | <input type="checkbox"/> Criptococosis extrapulmonar | |