

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila
 Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 895. Zika

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. DATOS CLÍNICOS DEL CASO CON ZIKA

Marque con una X los signos y síntomas que haya presentado

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Exantema (Rash) | <input type="checkbox"/> 4. Artralgias |
| <input type="checkbox"/> 2. Fiebre | <input type="checkbox"/> 5. Mialgias |
| <input type="checkbox"/> 3. Hiperemia conjuntival (conjuntivitis) | <input type="checkbox"/> 6. Cefalea |

6. INFORMACIÓN DE LAS COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS

6.1. ¿Tiene complicaciones de tipo neurológico? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.1.1. Fecha de inicio del síndrome neurológico (dd/mm/aaaa) [][] [][] [][][][]
6.1.2. Tipo de complicación neurológica	Código CIE 10 [][][][]
6.2 ¿Desplazamientos en los últimos 30 días? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.2.1. País/Departamento/Municipio de desplazamiento País [][][] Departamento [][][] Municipio [][][]

7. INFORMACIÓN DE LA GESTANTE CON ZIKA

7.1 Fecha de la última menstruación [][] [][] [][][][]	7.2 ¿Se le realizó la primera ecografía a la gestante? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.1 Fecha de la primera ecografía obstétrica [][] [][] [][][][]
7.2.2 Edad gestacional de la primera ecografía obstétrica [][] Semanas	7.3 ¿Se encuentra en seguimiento por la EAPB? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Pendiente	

8. INFORMACIÓN DEL PRODUCTO DE LA GESTANTE CON ZIKA

8.1 ¿La gestante terminó el embarazo? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	8.1.1 Fecha de terminación del embarazo [][] [][] [][][][]	8.2 Condición final <input type="radio"/> 1. Aborto <input type="radio"/> 2. Muerte perinatal <input type="radio"/> 3. Nacido vivo
8.3 Perímetro cefálico [][] Centímetros	8.4 ¿Se realizó necropsia clínica? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	8.5 Defecto congénito <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
8.6 ¿Se tomó muestra de suero? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	8.7 ¿Se tomó muestra de cordón umbilical? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	