

Datos básicos

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

FOR-R02.0000-001 V:08 2019-02-01

1.1 Código de la UPGD <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>				Razón social de la unidad primaria generadora del dato <p style="text-align: center;">MOVISTAR ARENA</p>			
1.2 Nombre del evento <p style="text-align: center;">IRA POR VIRUS NUEVO</p>				Código del evento <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="6"/>		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"/>	

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				2.2 Número de identificación			
<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</small>							
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"/>		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 Sexo <input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Femenino	2.9 Nacionalidad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2.10 País de ocurrencia del caso <p style="text-align: center;">COLOMBIA</p>		2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia <p style="text-align: center;">BOGOTA BOGOTA</p>		Departamento <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/>	Municipio <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	2.12 Área de ocurrencia del caso <input checked="" type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado	
2.13 Localidad de ocurrencia del caso		2.14 Barrio de ocurrencia del caso Código		2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso <p style="text-align: center;">CABECERA MUNICIPAL</p>		2.16 Vereda/zona	
2.17 Ocupación del paciente Código		2.18 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		2.19 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"/>			
2.20 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 checked="" type="radio"/> 6. Otro							
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Sem.de gestación <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"/> Carcelarios <input type="checkbox"/> Indigentes <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input checked="" type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales							

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente <input type="radio"/> 1. Notificación rutinaria <input type="radio"/> 3. Vigilancia Intensificada <input type="radio"/> 5. Investigaciones <input type="radio"/> 2. Búsqueda activa Inst. <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa com.		3.2 Departamento y municipio de residencia del paciente <p style="text-align: center;">BOGOTA BOGOTA</p>		Departamento <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/>	Municipio <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	
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"/>		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"/>		3.6 Clasificación inicial de caso <input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 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"/>		3.9 Condición final <input checked="" 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"/> <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"/>		3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha			3.14 Teléfono	

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

Infección respiratoria aguda por virus nuevo. Cod INS 346

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

EVENTO DE NOTIFICACION INMEDIATA

RELACION CON DATOS BASICOS

FOR-R02.0000-075 V:00 2020-01-31

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. Numero de identificación
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CEDULA CIUDADANIA CE : CEDULA EXTRANJERIA PA : PASAPORTE **S : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA		

5. ¿POR QUÉ SE NOTIFICA EL CASO COMO IRA POR VIRUS NUEVO?

5.1 ¿Es trabajador de la salud u otro personal del ámbito hospitalario que haya tenido contacto con un caso probable o confirmado por virus nuevo?	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.2 ¿Viajé a áreas de circulación del virus nuevo?	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2.No
5.2.1 El viaje fue en el territorio Nacional?	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.2.1.1 ¿Dónde?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Departamento/Municipio
5.2.2 ¿El viaje fue Internacional?	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.2.2.1 ¿Dónde?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Código País
5.3 ¿Tuvo contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado con infección respiratoria aguda grave por virus nuevo?	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.4 Recuerde que los casos de IRA por virus nuevos siempre deben tener tos y fiebre cuantificada mayor o igual a 38°	<input type="checkbox"/> Paciente con tos <input type="checkbox"/> Paciente con fiebre

6. ANTECEDENTES VACUNALES

6.1 Influenza estacional	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2.No <input type="radio"/> 3.Desconocido	Dosis	<input type="text"/>
--------------------------	--	-------	----------------------

7. ANTECEDENTES CLÍNICOS

7.1 ¿Reporta alguno de los siguientes antecedentes clínicos?

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Desnutrición
<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Toma medicamentos inmunosupresores	<input type="checkbox"/> Fumador	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Otros	7.2 ¿Cuáles otros? <input type="text"/>

8. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

8.1 Si se tomó de radiografía de tórax ¿qué hallazgos se presentaron?	8.2 ¿Usé antibiótico en la última semana?
<input type="radio"/> 1. Infiltrado alveolar o neumonía <input type="radio"/> 3. Ninguno	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
<input type="radio"/> 2. Infiltrados intersticiales	

9. DATOS DE LABORATORIO

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

Tome 3 a 5 C.C. de sangre en tubo seco y una muestra para identificación viral (hisopado nasofaríngeo, aspirado nasofaríngeo, aspirado bronquial)

9.1 Fecha de toma (dd/mm/aaaa)	Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)	Muestra	Prueba	Agente	Resultado	Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)	Valor registrado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	3	4	2H	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.2 Fecha de toma (dd/mm/aaaa)	Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)	Muestra	Prueba	Agente	Resultado	Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)	Valor registrado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Marque así

Muestra	1. Sangre total 3. Hisopado nasofaríngeo 4. Tejido 8. Aspirado nasofaríngeo . Lavado nasal 11. Lavado broncoalveolar 22. Lavado bronquial
Prueba	4. PCR E1 Aislamiento viral 6. Otra 30. Patología 31 Inmunohistoquímica 46. Inhibición hemaglutinación 55. Cultivo 58. Antigenemia 76. IFI 92. Hemocultivo
Agente	8. Otro 16. Adenovirus 18 Virus sincitial respiratorio 22. Haemophilus influenzae 24. Streptococcus pneumoniae 40. Influenza A 41. Influenza 42. Parainfluenza 43. Parainfluenza 2 44. Parainfluenza * 56. Enterovirus 59. Influenza A(H1N1) pdm09 64. Influenza A no subtipificable 76. Bocavirus 77. CoronavirUS 78. Metaneumovirus 79. Rinovirus 84. Virus respiratorios 1Q. Cofonavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) 1R. Cofonavirus subtipo 229e 1S. Coronavir subtipo HKU1 1T. Coronavir subtipo NL63 1U. Coronavir subtipo OC43 1V. Influenza A(H3N2) 1W. Parainfluenza tipo 4 2H. Coronavir subtipo 2019-nCov
Resultado	1 Positivo 2. Negativo 3. No procesado 4. Inadecuado 6. Valor registrado 12. Contaminado con hongos 13 Muestra escasa de células

