

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD -INS- SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN - COMPONENTE DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS SOBRE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA FICHA ÚNICA DE NOTIFICACIÓN VER. 1.8	 Libertad y Orden

1. INFORMACIÓN GENERAL			
1.1. EVENTO:		1.2. FECHA DE NOTIFICACIÓN:	
		CÓDIGO	DÍA MES AÑO
1.3. SEMANA*: <small>* EPIDEMIOLOGICA</small>	1.4. AÑO:	1.5. DEPARTAMENTO QUE NOTIFICA:	1.6. MUNICIPIO QUE NOTIFICA:
1.7. RAZÓN SOCIAL DE LA UNIDAD PRIMARIA GENERADORA DEL DATO (UPGD):		1.8. CÓDIGO DE LA UPGD:	
		DEPTO.	MUNICIPIO. CÓDIGO SUB.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1. PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE:		2.2. SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE:	
2.3. PRIMER APELLIDO:		2.4. SEGUNDO APELLIDO:	
2.5. TIPO DE IDENTIFICACIÓN:			2.6. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:
<input type="checkbox"/> NU ⁽¹⁾ NUIP <input type="checkbox"/> RC ⁽²⁾ REGISTRO <input type="checkbox"/> TI ⁽³⁾ T. DE ID. <input type="checkbox"/> CC ⁽⁴⁾ C.C. <input type="checkbox"/> CE ⁽⁵⁾ C. EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PA ⁽⁶⁾ PASAPORTE <input type="checkbox"/> MS ⁽⁷⁾ MENOR SIN ID. <input type="checkbox"/> AS ⁽⁶⁾ ADULTO SIN ID.			
2.7. EDAD:	2.8. UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD:		2.9. SEXO:
	1 AÑOS	2 MESES	3 DÍAS
	4 HORAS	5 MINUTOS	M ⁽¹⁾ MAS. F ⁽²⁾ FEM.
2.10. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:			
2.11. BARRIO Ó VEREDA:		2.12. MUNICIPIO DE RESIDENCIA DEL PACIENTE:	2.13. ZONA:
		DEPTO. CÓDIGO	<input type="checkbox"/> U ⁽¹⁾ URBANA <input type="checkbox"/> R ⁽²⁾ RURAL <input type="checkbox"/> P ⁽³⁾ PERIURBANA
2.14. TELÉFONO FIJO Ó MÓVIL:	2.15. OCUPACIÓN DEL PACIENTE:		2.16. TIPO DE SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:
			<input type="checkbox"/> 1 CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> 2 SUBSIDIADO <input type="checkbox"/> 3 VINCULADO <input type="checkbox"/> 4 PARTICULAR <input type="checkbox"/> 5 OTRO
2.17. ASEGURADORA:		2.18. ETNIA O RAZA:	2.19. ¿DESPLAZADO?
		CÓDIGO	<input type="checkbox"/> 1 INDIGENA <input type="checkbox"/> 2 AFROCOLOMBIANO <input type="checkbox"/> 3 OTRO
			<input type="checkbox"/> 1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO

3. NOTIFICACIÓN			
3.1. MUNICIPIO DE PROCEDENCIA:		3.2. FECHA DE CONSULTA:	
		DEPTO. MUNICIPIO	DÍA MES AÑO
3.3. INICIO DE SINTOMAS:			
3.4. TIPO DE CASO:			3.5. HOSPITALIZADO:
<input type="checkbox"/> 1 SOSPECHOSO <input type="checkbox"/> 2 PROBABLE <input type="checkbox"/> 3 CONF. LABORATORIO <input type="checkbox"/> 4 CONF. CLINICA <input type="checkbox"/> 5 CONF. NEXO EPIDEMIOLÓGICO			<input type="checkbox"/> 1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO
3.6. FECHA HOSPITALIZACIÓN:			
			DÍA MES AÑO
3.7. CONDICIÓN FINAL:		3.8. FECHA DE DEFUNCIÓN:	
<input type="checkbox"/> 1 VIVO <input type="checkbox"/> 2 MUERTO			
3.9. NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DILIGENCIÓ LA FICHA:			

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LOS ENTES TERRITORIALES		
A. SEGUIMIENTO DEL CASO:	B. OBSERVACIÓN AL AJUSTE:	C. FECHA DE NOTIFICACIÓN:
<input type="checkbox"/> 1 DESCARTADO <input type="checkbox"/> 2 CONFIRMADO		DÍA MES AÑO
D. OBSERVACIÓN:		E. FECHA DE NOTIFICACIÓN:
		DÍA MES AÑO
F. OBSERVACIÓN:		G. FECHA DE NOTIFICACIÓN:
		DÍA MES AÑO

<<CARA A>>

Información... ¡para la Acción!.

CARA BI SARAMPIÓN COD. INS 730 / RUBÉOLA COD. INS 710

4. INFORMACIÓN GENERAL														
4.1. NOMBRE DEL PADRE Ó DE LA MADRE:	4.2. OCUPACIÓN DEL PADRE Ó LA MADRE:	4.3. DIRECCIÓN DEL TRABAJO:												
4.4. FECHA DE 1 ^{ER} VISITA: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>			DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO												
4.5. FUENTE DE NOTIFICACIÓN: <input type="checkbox"/> A (1) PÚBLICA <input type="checkbox"/> B (2) PRIVADA <input type="checkbox"/> C (3) LABORATORIO <input type="checkbox"/> D (4) COMUNIDAD <input type="checkbox"/> E (5) BÚSQUEDA ACTIVA <input type="checkbox"/> Y (6) OTRA <input type="checkbox"/> Z (7) DESCONOCIDA														
4.6. VACUNA CONTRA SARAMPIÓN ➔	4.6.1. No. DOSIS: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				4.6.2. ÚLTIMA DOSIS: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO												
DÍA	MES	AÑO												
4.6.3. FUENTE: <input type="checkbox"/> A (1) CARNET <input type="checkbox"/> B (2) VERBAL														
4.7. VACUNA CONTRA RUBÉOLA ➔	4.7.1. No. DOSIS: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				4.7.2. ÚLTIMA DOSIS: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO												
DÍA	MES	AÑO												
4.7.3. FUENTE: <input type="checkbox"/> A (1) CARNET <input type="checkbox"/> B (2) VERBAL														

5. DATOS CLÍNICOS														
5.1. VISITA DOMICILIARIA: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				5.2. ¿FIEBRE? <input type="checkbox"/> A (1) SI <input type="checkbox"/> B (2) NO <input type="checkbox"/> Z (3) DESCONOCIDO	5.3. INICIO FIEBRE: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO												
DÍA	MES	AÑO												
5.4. TIPO DE ERUPCIÓN: <input type="checkbox"/> A (1) MACOPAPULAR <input type="checkbox"/> B (2) VESICULAR <input type="checkbox"/> C (3) OTRO <input type="checkbox"/> Z (4) DESCONOCIDO														
5.5. INICIO ERUPCIÓN: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				5.6. DURACIÓN (DÍAS) <input type="checkbox"/> A (1) SI <input type="checkbox"/> B (2) NO <input type="checkbox"/> Z (3) DESC.	5.7. ¿TOS? <input type="checkbox"/> A (1) SI <input type="checkbox"/> B (2) NO <input type="checkbox"/> Z (3) DESC.						
DÍA	MES	AÑO												
5.8. ¿CORIZA? <input type="checkbox"/> A (1) SI <input type="checkbox"/> B (2) NO <input type="checkbox"/> Z (3) DESC.														
5.9. ¿CONJUNTIVITIS? <input type="checkbox"/> A (1) SI <input type="checkbox"/> B (2) NO <input type="checkbox"/> Z (3) DESC.														
5.10. ¿ADENOPATÍA? <input type="checkbox"/> A (1) SI <input type="checkbox"/> B (2) NO <input type="checkbox"/> Z (3) DESC.	5.11. ¿ARTRALGIA? <input type="checkbox"/> A (1) SI <input type="checkbox"/> B (2) NO <input type="checkbox"/> Z (3) DESC.	5.12. ¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> A (1) SI <input type="checkbox"/> B (2) NO <input type="checkbox"/> Z (3) DESC.												
5.13. NO. SEMANAS:		5.14. LUGAR DEL PARTO:												

6. POSIBLE FUENTE DE INFECCIÓN		
6.1. ¿HUBO CONTACTO CON OTRO CASO CONFIRMADO DE SARAMPIÓN/RUBÉOLA 7-23 DÍAS ANTES DEL INICIO DE LA ERUPCIÓN? <input type="checkbox"/> I (1) SARAMPIÓN <input type="checkbox"/> B (2) RUBÉOLA <input type="checkbox"/> C (3) AMBOS <input type="checkbox"/> D (4) NINGUNO <input type="checkbox"/> Z (5) DESCONOCIDO		
6.2. ¿HUBO ALGÚN CASO CONFIRMADO DE SARAMPIÓN/RUBÉOLA EN EL ÁREA ANTES DE ESTE CASO? <input type="checkbox"/> I (1) SARAMPIÓN <input type="checkbox"/> B (2) RUBÉOLA <input type="checkbox"/> C (3) AMBOS <input type="checkbox"/> D (4) NINGUNO <input type="checkbox"/> Z (5) DESCONOCIDO		
6.3. ¿VIAJÓ DURANTE LOS 7-23 DÍAS PREVIOS AL INICIO DE LA ERUPCIÓN?: <input type="checkbox"/> A (1) SI <input type="checkbox"/> B (2) NO <input type="checkbox"/> Z (3) DESCONOCIDO		6.4. ¿DÓNDE?
6.5. ¿TUVO CONTACTO CON UNA MUJER EMBARAZADA ENTRE LOS 5 DÍAS ANTES DEL INICIO Y LOS 7 DÍAS DESPUÉS DEL INICIO DE SÍNTOMAS?: <input type="checkbox"/> A (1) SI <input type="checkbox"/> B (2) NO <input type="checkbox"/> Z (3) DESCONOCIDO		

7. DATOS DE LA BORATORIO														
TOME UNA MUESTRA DE SANGRE AL PRIMER CONTACTO CON EL CASO*														
TOME UNA MUESTRA APROPIADA DE CADA BROTE PARA AISLAMIENTO VIRAL: ORINA PARA SARAMPIÓN. NASO-FARINGE PARA RUBÉOLA.														
7.1. FECHA DE TOMA <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				FECHA RECEPCIÓN <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				MUESTRA <input type="checkbox"/>
DÍA	MES	AÑO												
DÍA	MES	AÑO												
		PRUEBA <input type="checkbox"/>												
		ANTICUERPO <input type="checkbox"/>												
		RESULTADO <input type="checkbox"/>												
		FECHA RESULTADO <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO												
VALOR														
7.2. FECHA DE TOMA <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				FECHA RECEPCIÓN <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				MUESTRA <input type="checkbox"/>
DÍA	MES	AÑO												
DÍA	MES	AÑO												
		PRUEBA <input type="checkbox"/>												
		ANTICUERPO <input type="checkbox"/>												
		RESULTADO <input type="checkbox"/>												
		FECHA RESULTADO <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO												
VALOR														
7.3. FECHA DE TOMA <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				FECHA RECEPCIÓN <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				MUESTRA <input type="checkbox"/>
DÍA	MES	AÑO												
DÍA	MES	AÑO												
		PRUEBA <input type="checkbox"/>												
		ANTICUERPO <input type="checkbox"/>												
		RESULTADO <input type="checkbox"/>												
		FECHA RESULTADO <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO												
VALOR														
7.4. FECHA DE TOMA <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				FECHA RECEPCIÓN <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				MUESTRA <input type="checkbox"/>
DÍA	MES	AÑO												
DÍA	MES	AÑO												
		PRUEBA <input type="checkbox"/>												
		ANTICUERPO <input type="checkbox"/>												
		RESULTADO <input type="checkbox"/>												
		FECHA RESULTADO <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> <td style="border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO												
VALOR														
MARQUE ASÍ: MUESTRA: A - (1) SANGRE B - (2) ORINA C - (3) HISOPO PRUEBA: B - (1) IgM CAPTURA E - (2) IgM INDIRECTA F - (3) IgG EIA H - (4) PCR I - (5) AISLAMIENTO Y - (6) OTRA Z - (7) DESCONOCIDA ANTICUERPO: A - (1) SARAMPIÓN B - (2) RUBÉOLA I - (3) DENGUE Y - (4) OTRO Z - (5) DESCONOCIDO RESULTADO: A - (1) POSITIVO B - (2) NEGATIVO C - (3) NO PROCESAR D - (4) INADECUADO E - (5) DUDOSO Z - (6) DESCONOCIDO														
7.5. DIAGNÓSTICO FINAL: <input type="checkbox"/> A (1) DESCARTADO DENGUE <input type="checkbox"/> B (2) DESCARTADO REACCIÓN VACUNA <input type="checkbox"/> Y (4) DESCARTADO OTRO <input type="checkbox"/> Z (5) DESCARTADO DESCONOCIDO	4.6. INVESTIGADO POR:	4.7. TELÉFONO												

CARA BI SARAMPIÓN COD. INS 730 / RUBÉOLA COD. INS 710