
 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*:	1.4. AÑO:	1.5. DEPARTAMENTO QUE NOTIFICA:	1.6. MUNICIPIO QUE NOTIFICA:
* EPIDEMIOLÓGICA	AÑO		
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 ⁽⁸⁾ ADULTO SIN ID.			
2.7. EDAD:	2.8. UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD:	2.9. SEXO:	2.10. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:
	1 AÑOS 2 MESES 3 DÍAS 4 HORAS 5 MINUTOS	<input type="checkbox"/> M ⁽¹⁾ MAS. <input type="checkbox"/> F ⁽²⁾ FEM.	
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:	3.3. INICIO DE SINTOMAS:
DEPTO. MUNICIPIO		DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO
3.4. TIPO DE CASO:		3.5. HOSPITALIZADO:	3.6. FECHA HOSPITALIZACIÓN:
<input type="checkbox"/> 1 SOSPECHOSO <input type="checkbox"/> 2 PROBABLE <input type="checkbox"/> 3 CONF. LABORATORIO <input type="checkbox"/> 4 CONF. CLÍNICA <input type="checkbox"/> 5 CONF. NEXO EPIDEMIOLÓGICO		<input type="checkbox"/> 1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO	DÍA MES AÑO
3.7. CONDICIÓN FINAL:	3.8. FECHA DE DEFUNCIÓN:	3.9. NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DILIGENCIÓ LA FICHA:	
<input type="checkbox"/> 1 VIVO <input type="checkbox"/> 2 MUERTO	DÍA MES AÑO		

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!.

 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. 0.9.1	 Libertad y Orden
--	--	---

CARA BI SARAMPION 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: DÍA MES AÑO				4.5. FUENTE DE NOTIFICACIÓN: <input type="checkbox"/> (1) PÚBLICA <input type="checkbox"/> (2) PRIVADA <input type="checkbox"/> (3) LABORATORIO <input type="checkbox"/> (4) COMUNIDAD <input type="checkbox"/> (5) BUSQUEDA ACTIVA <input type="checkbox"/> (6) OTRA <input type="checkbox"/> (7) DESCONOCIDA					
4.6. VACUNA CONTRA SARAMPION ➡		4.6.1. No. DOSIS:		4.6.2. ÚLTIMA DOSIS: DÍA MES AÑO		4.6.3. FUENTE: <input type="checkbox"/> (1) CARNET <input type="checkbox"/> (2) VERBAL			
4.7. VACUNA CONTRA RUBÉOLA ➡		4.7.1. No. DOSIS:		4.7.2. ÚLTIMA DOSIS: DÍA MES AÑO		4.7.3. FUENTE: <input type="checkbox"/> (1) CARNET <input type="checkbox"/> (2) VERBAL			

5. DATOS CLÍNICOS									
5.1. VISITA DOMICILIARIA: DÍA MES AÑO		5.2. ¿FIEBRE? <input type="checkbox"/> (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> (3) DESCONOCIDO		5.3. INICIO FIEBRE: DÍA MES AÑO		5.4. TIPO DE ERUPCIÓN: <input type="checkbox"/> (1) MACOPULAR <input type="checkbox"/> (2) VESICULAR <input type="checkbox"/> (3) OTRO <input type="checkbox"/> (4) DESCONOCIDO			
5.5. INICIO ERUPCIÓN: DÍA MES AÑO		5.6. DURACIÓN (DÍAS)		5.7. ¿TOS? <input type="checkbox"/> (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> (3) DESC.		5.8. ¿CORIZA? <input type="checkbox"/> (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> (3) DESC.		5.9. ¿CONJUNTIVITIS? <input type="checkbox"/> (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> (3) DESC.	
5.10. ¿ADENOPATÍA? <input type="checkbox"/> (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> (3) DESC.		5.11. ¿ARTRALGIA? <input type="checkbox"/> (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> (3) DESC.		5.12. ¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> (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 SARAMPION/RUBÉOLA 7-23 DÍAS ANTES DEL INICIO DE LA ERUPCIÓN? <input type="checkbox"/> (1) SARAMPION <input type="checkbox"/> (2) RUBÉOLA <input type="checkbox"/> (3) AMBOS <input type="checkbox"/> (4) NINGUNO <input type="checkbox"/> (5) DESCONOCIDO									
6.2. ¿HUBO ALGÚN CASO CONFIRMADO DE SARAMPION/RUBÉOLA EN EL ÁREA ANTES DE ESTE CASO? <input type="checkbox"/> (1) SARAMPION <input type="checkbox"/> (2) RUBÉOLA <input type="checkbox"/> (3) AMBOS <input type="checkbox"/> (4) NINGUNO <input type="checkbox"/> (5) DESCONOCIDO									
6.3. ¿VIAJÓ DURANTE LOS 7-23 DÍAS PREVIOS AL INICIO DE LA ERUPCIÓN?: <input type="checkbox"/> (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> (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"/> (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> (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 SARAMPION. NASO-FARINGE PARA RUBÉOLA.									
7.1. FECHA DE TOMA DÍA MES AÑO		FECHA RECEPCIÓN DÍA MES AÑO		MUESTRA <input type="checkbox"/>	PRUEBA <input type="checkbox"/>	ANTICUERPO <input type="checkbox"/>	RESULTADO <input type="checkbox"/>	FECHA RESULTADO DÍA MES AÑO	VALOR
7.2. FECHA DE TOMA DÍA MES AÑO		FECHA RECEPCIÓN DÍA MES AÑO		MUESTRA <input type="checkbox"/>	PRUEBA <input type="checkbox"/>	ANTICUERPO <input type="checkbox"/>	RESULTADO <input type="checkbox"/>	FECHA RESULTADO DÍA MES AÑO	VALOR
7.3. FECHA DE TOMA DÍA MES AÑO		FECHA RECEPCIÓN DÍA MES AÑO		MUESTRA <input type="checkbox"/>	PRUEBA <input type="checkbox"/>	ANTICUERPO <input type="checkbox"/>	RESULTADO <input type="checkbox"/>	FECHA RESULTADO DÍA MES AÑO	VALOR
7.4. FECHA DE TOMA DÍA MES AÑO		FECHA RECEPCIÓN DÍA MES AÑO		MUESTRA <input type="checkbox"/>	PRUEBA <input type="checkbox"/>	ANTICUERPO <input type="checkbox"/>	RESULTADO <input type="checkbox"/>	FECHA RESULTADO 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) SARAMPION 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"/> (1) DESCARTADO DENGUE <input type="checkbox"/> (2) DESCARTADO REACCIÓN VACUNA <input type="checkbox"/> (4) DESCARTADO OTRO <input type="checkbox"/> (5) DESCARTADO DESCONOCIDO				4.6. INVESTIGADO POR:				4.7. TELÉFONO	

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