

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:10 2021-05-23

1.1 Código de la UPGD

1	1	0	0	1	2	4	5	2	6	0	1
Departamento		Municipio			Código					Sub-Índice	

Razón social de la unidad primaria generadora del dato

GENCELL PHARMA SAS

1.2 Nombre del evento

IRA POR VIRUS NUEVO

Código del evento

3	4	6
---	---	---

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento

RC TI CC CE PA MS AS PE CN CD SC DE

2.2 Número de identificación

*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

2.3 Nombres y apellidos del paciente

2.4 Teléfono

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

2.6 Edad

2.7 Unidad de medida de la edad

1. Años 2. Meses 3. Días 4. Horas 5. Minutos 0. No aplica

2.8 Sexo

M. Masculino F. Femenino I. Indeterminado

2.9 Nacionalidad

--	--	--

2.10 País de ocurrencia del caso

COLOMBIA

1	7	0
Código		

2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia

C/MARCA, BOGOTÁ

1	1
Departamento	

1	7	0
Municipio		

2.12 Área de ocurrencia del caso

1. Cabecera municipal 2. Centro poblado 3. Rural disperso

2.13 Localidad de ocurrencia del caso

Código			

2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso

BOGOTÁ

2.16 Vereda/zona

URBANA

2.17 Ocupación del paciente

Código			

2.18 Tipo de régimen en salud

P. Excepción E. Especial C. Contributivo S. Subsidiado N. No Asegurado I. Indeterminado/ pendiente

2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios

Código					

2.20 Pertenencia étnica

1. Indígena 2. Rom, Gitano 3. Raizal 4. Palenquero 5. Negro, mulato afro colombiano 6. Otro

2.21 Estrato

2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente

Discapacitados Desplazados Migrantes Carcelarios Gestantes Indigentes Sem.de gestación Población infantil a cargo del ICBF Madres comunitarias Desmovilizados Centros psiquiátricos Víctimas de violencia armada Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente

1. Notificación rutinaria 2. Búsqueda activa Inst. 3. Vigilancia Intensificada 4. Búsqueda activa com. 5. Investigaciones

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente

COLOMBIA/CUNDINAMARCA/BOGOTÁ

1	7	0		
País		Departamento	Municipio	

3.3 Dirección de residencia

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

3.6 Clasificación inicial de caso

1. Sospechoso 2. Probable 3. Conf. por laboratorio 4. Conf. Clínica 5. Conf. nexa epidemiológico

3.7 Hospitalizado

Sí No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

3.9 Condición final

1. Vivo 2. Muerto 0. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte

--	--	--	--

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

0. No aplica 3. Conf. por laboratorio 4. Conf. Clínica 5. Conf. nexa epidemiológico 6. Descartado 7. Otra actualización D. Descartado por error de digitación

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

Infeción 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 NOTIFICACIÓN INMEDIATA

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

FOR-R02.0000-075 V:02 2021-05-23

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. 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 CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CD : CARNÉ DIPLOMÁTICO SC : SALVOCONDUCTO DE : DOCUMENTO EXTRANJERO</small>		

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

5.1 ¿Viajó a áreas de circulación del virus? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.1.1 ¿El viaje fue en el territorio nacional? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.1.1.1 ¿Dónde? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Departamento/Municipio
	5.1.2 ¿El viaje fue Internacional? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.1.2.1 ¿Dónde? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
5.2 ¿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				
5.3 ¿Reporta alguno de los siguientes síntomas?				
<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Dolor de garganta (Odinofagia) <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Fatiga o adinamia <input type="checkbox"/> Rinorrea <input type="checkbox"/> Conjuntivitis <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Pérdida de olfato y/o gusto <input type="checkbox"/> Otros				
5.3.1 ¿Cuáles otros? <input type="text"/>				

6. ANTECEDENTES CLÍNICOS

6.1 ¿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"/> Toma medicamentos inmunosupresores	<input type="checkbox"/> Fumador	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Malnutrición	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	6.1.1 ¿Cuáles otros? <input type="text"/>

7. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

7.1 Si se tomó de radiografía de tórax ¿Qué hallazgos se presentaron?	<input type="radio"/> 1. Infiltrado alveolar o neumonía <input type="radio"/> 2. Infiltrados intersticiales <input type="radio"/> 4. Infiltrados basales en vidrio esmerilado <input type="radio"/> 3. Ninguno
7.2 Servicio en el que se hospitalizó	<input type="radio"/> 1. Hospitalización general <input type="radio"/> 3. UCI
7.2.1 Fecha de ingreso a UCI (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
7.3 Si hubo complicaciones, ¿Cuáles se presentaron?	
<input type="checkbox"/> 1. Derrame pleural <input type="checkbox"/> 2. Derrame pericárdico <input type="checkbox"/> 3. Miocarditis	<input type="checkbox"/> 4. Septicemia <input type="checkbox"/> 5. Falla respiratoria <input type="checkbox"/> 6. Otro
7.3.1 Otros cuáles? <input type="text"/>	

8. ANTECEDENTES VACUNALES

8.2 Vacuna COVID-19 <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	8.2.1 Dosis <input type="text"/>	8.2.2 Fecha Última dosis (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	8.2.3 Nombre de la vacuna <input type="text"/>
--	--	---	--

9. DATOS DE LABORATORIO

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

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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 11. Otros líquidos esteriles 22. Lavado bronquial					
	Prueba	2. IgM 3. IgG 4. PCR 30. Patología 31. Inmunohistoquímica 46. Inhibición hemaglutinación 55. Cultivo 76. IFI 92. Hemocultivo E1. Aislamiento viral F3. Determinación de antígeno H9. IgG - IgM					
	Agente	8. Otro 16. Adenovirus 18. Virus sincitial respiratorio 22. Haemophilus influenzae 24. Streptococcus pneumoniae 40. Influenza A 41. Influenza 42. Parainfluenza 1 43. Parainfluenza 2 44. Parainfluenza 3 56. Enterovirus 59. Influenza A(H1N1) pdm09 64. Influenza A no subtipificable 76. Bocavirus 77. Coronavirus 78. Metaneumovirus 79. Rinovirus 84. Virus respiratorios 1Q. Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) 1R. Coronavirus subtipo 229e 1S. Coronavirus subtipo HKU1 1T. Coronavirus subtipo NL63 1U. Coronavirus subtipo OC43 1V. Influenza A(H3N2) 1W. Parainfluenza tipo 4 2H. Coronavirus subtipo COVID19					
	Resultado	1. Positivo 2. Negativo 3. No procesado 4. Inadecuado 6. Valor registrado 12. Contaminado con hongos 13. Muestra escasa de células					