

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1: Ficha de notificación de IAD en UCI, del INS



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de información SIVIGILA
Ficha de notificación individual



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		Razón social de la unidad primaria generadora del dato		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Departamento	Municipio	Código	Sub-Índice	
1.2 Nombre del evento		Código del evento	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				
2.1 Tipo de documento		2.2 Número de identificación		
<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				
*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				
2.3 Nombres y apellidos del paciente			2.4 Teléfono	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Edad	2.7 Unidad de medida de la edad	2.8 Sexo	2.9 Nacionalidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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	<input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Femenino	<input type="text"/>
2.10 País de ocurrencia del caso	2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia		2.12 Área de ocurrencia del caso	
<input type="text"/>	Departamento Municipio		<input 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	2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso		2.16 Vereda/zona
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
2.17 Ocupación del paciente	2.18 Tipo de régimen en salud		2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios	
<input type="text"/>	<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		<input type="text"/>	
2.20 Pertenencia étnica	Grupo étnico	2.21 Estrato		
<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 type="radio"/> 6. Otro	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
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 type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales				
3. NOTIFICACIÓN				
3.1 Fuente		3.2 Departamento y municipio de residencia del paciente		
<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.		Departamento Municipio		<input type="text"/>
3.3 Dirección de residencia				
<input type="text"/>				
3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)	3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)	3.6 Clasificación inicial de caso		3.7 Hospitalizado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 5. Conf. nexa epidemiológico		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)	3.9 Condición final	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	3.11 Número certificado de defunción	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3.12 Causa básica de muerte	3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha		3.14 Teléfono	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES				
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso			4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)	
<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			<input type="text"/>	

Correos: sivigila@ins.gov.co



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de información SIVIGILA
Ficha de notificación individual – Datos complementarios



Infección Asociada a Dispositivos en Unidades de Cuidados Intensivos - IAD en UCI. Cod INS 357

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 FOR-R02.0000-075 V:00 2019/02/01

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. 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		

5. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DEL CASO DE IAD

5.1. Tipo de UCI relacionado con la ocurrencia del evento <input type="radio"/> 1. UCI-A <input type="radio"/> 2. UCI-P <input type="radio"/> 3. UCI-N	5.2. Fecha de ingreso a la UCI [] [] - [] [] - [] [] [] []	5.3. Reingreso <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
5.4. Paciente remitido <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.5. Caso de IAD extrahospitalaria <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.6. Nombre de la institución a la que se le atribuye el caso de IAD

6. CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE IAD

6.1. Para UCI-N, peso al nacer (Seleccione la categoría de peso al nacer del recién nacido hospitalizado en UCI-N) [] [] [] [] g	6.2. Tipo de IAD <input type="radio"/> 1. NAV <input type="radio"/> 2. ISTU-AC <input type="radio"/> 3. ITS-AC	6.3. Criterio de clasificación NAV <input type="radio"/> NEU 1 <input type="radio"/> NEU 2 <input type="radio"/> NEU 3
6.4. Criterio de clasificación para ITS-AC <input type="radio"/> 1. Criterio 1 <input type="radio"/> 3. Criterio 3 <input type="radio"/> 2. Criterio 2	6.5. Criterio de clasificación para ISTU-AC <input type="radio"/> 1. Criterio 1a <input type="radio"/> 3. Criterio 3 <input type="radio"/> 2. Criterio 2a <input type="radio"/> 4. Criterio 4	6.6. Fecha de diagnóstico IAD (DD/MM/AAAA) [] [] - [] [] - [] [] [] []
6.7. IAD polimicrobiana (asociada a más de un microorganismo) <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		

7. FACTORES DE RIESGO

7.1. TIPO DE DISPOSITIVO INSERTADO			
Ventilador mecánico <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Fecha de inserción [] [] - [] [] - [] [] [] []	Fecha de retiro [] [] - [] [] - [] [] [] []	
Cateter central <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Fecha de inserción [] [] - [] [] - [] [] [] []	Fecha de retiro [] [] - [] [] - [] [] [] []	
Cateter urinario <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Fecha de inserción [] [] - [] [] - [] [] [] []	Fecha de retiro [] [] - [] [] - [] [] [] []	
7.2. Factores de riesgo endógenos			
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> VIH-SIDA
<input type="checkbox"/> Corticoterapia	<input type="checkbox"/> Diálisis	<input type="checkbox"/> Inmunosupresión	<input type="checkbox"/> Infección previa
<input type="checkbox"/> Desnutrición	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
		<input type="checkbox"/> Traumatismo	<input type="checkbox"/> Obesidad
		<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro
			¿Cuál Otro? _____

9. DATOS DE LABORATORIO

Ingrese los siguientes datos a través del módulo de laboratorios

9.1. Fecha de toma de la muestra [] [] - [] [] - [] [] [] []	9.1.1. Cód. de la muestra [] []	9.1.2. Cód. de la prueba [] []	9.1.3. Microorganismo aislado
9.2. Fecha de toma de la muestra [] [] - [] [] - [] [] [] []	9.2.1. Cód. de la muestra [] []	9.2.2. Cód. de la prueba [] []	9.2.3. Microorganismo aislado
9.3. Fecha de toma de la muestra [] [] - [] [] - [] [] [] []	9.3.1. Cód. de la muestra [] []	9.3.2. Cód. de la prueba [] []	9.3.3. Microorganismo aislado

MUESTRAS: 1: sangre total – 2: orina – 4: tejido – 10: esputo – 11: otros líquidos estériles – 31: moco – 32: secreciones
PRUEBAS: 3: IgG – 55: cultivo – 73: elisa – 92: hemocultivo – C7: RT/PCR – G0: urocultivo – G1: cultivo de líquido pleural – G2: lavado broncoalveolar – G3: biopsia – G4: cultivo del parénquima pulmonar – G5: cultivo de secreciones respiratorias – G6: test de micro inmunofluorescencia para chlamydia – G7: microinmunofluorescencia – G8: radioinmunoanálisis – G9: inmunofluorescencia (IFA) indirecta – H0: hisopado – aspirado / nasofaríngeo – H1: lavado bronco alveolar (LBA) protegido – H2: cepillado protegido

“La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”