

Síndrome rubéola congénita código INS: 720

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-R02.0000-023 V:04 AÑO 2015

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

5. INFORMACIÓN GENERAL

5.1 Clasificación inicial <input type="radio"/> 1. Sospechoso por datos clínicos <input type="radio"/> 2. Sospechoso por hijo de madre con sospecha o confirmación de rubéola	
5.2 Lugar de nacimiento del paciente	5.3 Departamento/Municipio donde viajó Código <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5.4 Fuente de notificación <input type="radio"/> 1. Pública <input type="radio"/> 2. Privada <input type="radio"/> 3. Laboratorio <input type="radio"/> 4. Comunidad <input type="radio"/> 5. Búsqueda activa <input type="radio"/> 8. Otras <input type="radio"/> 9. Desconocida	

6. HISTORIA MATERNA

6.1 Nombre de la madre			
6.2 Edad de la madre <input type="text"/> <input type="text"/> Años	6.3 Embarazos <input type="text"/> <input type="text"/> Número de embarazos previos	6.4 ¿Viajes? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 9. Desconocido <input type="radio"/> 2. No	6.5 Semanas de embarazo en viaje <input type="text"/> <input type="text"/>
6.6 País donde viajó Código <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		6.7 Departamento/Municipio donde viajó Código <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

7. DATOS CLÍNICOS

7.1 APGAR (1-10) <input type="text"/> <input type="text"/>	7.2 ¿Bajo de peso al nacer? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 9. Desconocido <input type="radio"/> 2. No	7.3 Peso (grs) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	7.4 Pequeño para edad gestacional? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 9. Desconocido <input type="radio"/> 2. No	7.5 Semanas (nacimiento) <input type="text"/> <input type="text"/>
7.6 Ojos Cataratas <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Glaucoma <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Retinopatía pigmentaria <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Otro: _____		7.9 Otros órganos Microcefalia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Retraso en el desarrollo psicomotor <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Púrpura <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Hígado agrandado (Hepatomegalia) <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Ictericia al nacer <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Bazo agrandado (esplenomegalia) <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Osteopatía radiolúcida <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Meningoencefalitis <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Otro: _____		
7.7 Corazón Persistencia del conducto arterioso <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Estenosis de la arteria pulmonar <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Otro: _____	7.8 Oídos Sordera <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 9. Desconocido Otro: _____	7.10 Fecha de inicio de investigación de campo (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"/>	7.11 Diagnóstico final <input type="radio"/> 1. Infección congénita <input type="radio"/> 2. Otro <input type="radio"/> 9. Desconocido	7.12 Investigado por: _____ 7.13 Teléfono _____

8. DATOS DE LABORATORIO

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

Tome 2 cc de sangre al primer contacto con un caso sospechosos de SRC y una muestra para aislamiento

8.1	8.2	8.3	8.4				
Fecha de toma (dd/mm/aaaa)	Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)	Muestra	Prueba	Agente	Resultado	Fecha de resultado (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"/>	<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/> - <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"/> - <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"/> <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"/>	<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"/>
Marque así							
Muestra 2. Orina 3. Hisopado 4. Tejido 8. Aspirado nasofaríngeo 13. Suero							
Prueba 4. PCR 30 Patología 73 Elisa E1. Aislamiento viral							
Agente 2. Rubéola 4. Citomegalovirus 5. Toxoplasma 6. Sífilis 7. Virus herpes 9. Desconocido							
Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- No procesado 4- Inadecuado 5- Dudoso 6. Valor registrado							

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS
SÍNDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA (Cód INS: 720)**

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
A. Nombres y apellidos del paciente B. Tipo de ID C. Número de identificación	* Se relaciona con el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que está siendo notificados. Diligencie una sola opción en esta variable.	* El tipo de documento debe ser coincidente con la edad del paciente. * El tipo y número de documento debe coincidir con la información ingresada en la ficha de datos básicos.	SI
5. INFORMACIÓN GENERAL			
5.1 Clasificación inicial	Marque con una X la opción según corresponda. Tenga en cuenta que el caso de Rubéola Congénita, ingresa como SOSPECHOSO al sistema.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá ingresar la información del caso.	SI
5.2 Lugar de nacimiento del paciente	Anote el departamento y municipio donde nació el caso.	Seleccione en la tabla el departamento y municipio donde nació el caso.	SI
5.3 Fuente de notificación	Marque con una X la opción según corresponda.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá ingresar la información.	SI
6. HISTORIA MATERNA			
6.1 Nombre de la madre	Anote el nombre completo de la madre del caso.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá ingresar la información.	SI
6.2 Edad de la madre	Indique la edad de la madre cumplida en años	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá ingresar la información. Variable que admite valores superiores a 6.	SI
6.3 Embarazos	Indique en números absolutos, el total de embarazos que ha tenido la madre incluyendo el del caso.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá ingresar la información. Variable que permite valores iguales o mayores que 1 y menores o iguales que 25.	SI
6.4 ¿Viajes?	Marque con una X la opción de respuesta según corresponda. Indague a la madre si durante el periodo de gestación realizó viajes a zonas del país diferentes a su residencia o fuera del país.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá ingresar la información.	SI
6.5 Semanas de embarazo en viaje	Anote el número de semanas de embarazo que tenía al realizar el viaje.	Depende de respuesta en variable 6.4, opción 1 = Si.	NO
6.6 País donde viajó	Anote el nombre del país donde la madre del caso realizó el desplazamiento, en caso de haber sido al exterior.	Depende de la respuesta en variable 6.4, opción 1 = Si. Seleccione en la tabla de referencia, el país donde realizó el desplazamiento durante el embarazo del caso. Si viajó dentro del país seleccione la opción Colombia.	NO
6.7 Departamento/Municipio donde viajó	En caso que el desplazamiento haya sido dentro del país, indique el departamento y municipio hacia donde se dirigió la madre durante el embarazo.	Depende de la respuesta en la variable 6.6, si marcó la opción Colombia dentro de la tabla de referencia. De ser años, el sistema activará las opciones en cuanto a departamento y municipio con el fin que pueda seleccionar la opción correcta.	NO
7. DATOS CLÍNICOS			
7.1 APGAR	Anote en la escala del 1 al 10, el APGAR del caso al momento del nacimiento.	Variable que permite valores mayores o iguales a 1 y menores o iguales a 10.	SI
7.2 ¿Bajo peso al nacer?	Marque con una X la opción según corresponda.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
7.3 Peso en Grs	Anote el peso en gramos que tuvo el caso al momento de nacer.	Si en la variable 7.2 seleccionó la opción 1 = Si, la categoría de peso permitirá ingresar valores inferiores a 2400 gramos.	SI
7.4 ¿Pequeño para edad gestacional?	Marque con una X la opción según corresponda	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
7.5 Semanas	Anote las semanas de gestación que tenía el caso al momento de nacer.	Variable que permite valores iguales o mayores de 20 y menores o iguales a 45. Debe coincidir con la variable "Semanas de embarazo".	NO
7.6 Ojos, corazón, oídos, otros	Marque con una X la opción según corresponda a las manifestaciones clínicas del caso al nacer.	Diligencie las variables, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
8. DATOS DE LABORATORIO: La información relacionada con laboratorios debe ingresarse a través del módulo de laboratorios del aplicativo SIVIGILA			
8.1 - 8.4 Fecha de toma - Fecha de recepción-Muestra-Prueba-Agente- Fecha de resultado	Anote la información en formato día-mes-año. Para ingresar la información solicitada tenga en cuenta: MUESTRA: 1 = Sangre; 2 : Orina; 3 : Hisopado; 4: Aspirado PRUEBA: 1 IgM Indirecta; 2: IgM; 3: PCR; 4: Tejido; 5: Otra; 6: Desconocida; 7: IgG. AGENTE: 2: Rubéola; 4: Citomegalovirus; 5: Toxoplasmosis; 6: Sífilis; 7: Virus Herpes; 8: Otro; 9: Desconocido. RESULTADO: 1: Positivo; 2: Negativo; 3: No procesado; 4: Inadecuado; 5: Dudoso; 9: Desconocido.	Diligencie la información solicitada,	NO