

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-R02.0000-065 V:02 2017/01/01

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		

5. INFORMACIÓN DE LAS COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS

5.1. ¿Tiene complicaciones de tipo neurológico? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.1.1. Fecha de inicio del síndrome neurológico (dd/mm/aaaa) [] [] - [] [] - [] [] [] []
5.1.2. Tipo de complicación neurológica Código CIE 10 [] [] Descripción del diagnóstico: _____	
5.2. ¿Desplazamientos en los últimos 30 días? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Municipio/Departamento/País de desplazamiento _____
5.3. ¿Se realizó unidad de análisis del caso de síndrome neurológico? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Pendiente	5.3.1. Resultado unidad de análisis para síndrome neurológico por Zika <input type="radio"/> 1. Confirmado <input type="radio"/> 2. Descartado <input type="radio"/> 3. Pendiente

6. INFORMACIÓN DE LA GESTANTE CON ZIKA

6.1 Fecha de la última menstruación [] [] - [] [] - [] [] [] []	6.2 ¿Se le realizó la primera ecografía a la gestante? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.2.1 Fecha de la primera ecografía obstétrica [] [] - [] [] - [] [] [] []
6.2.2 Edad gestacional de la primera ecografía obstétrica [] [] Semanas	6.3 ¿Se encuentra en seguimiento por la EAPB? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Pendiente	

7. INFORMACIÓN DEL PRODUCTO DE LA GESTANTE CON ZIKA

7.1 ¿La gestante terminó el embarazo? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.1 Fecha de terminación del embarazo [] [] - [] [] - [] [] [] []	7.2 Condición final del producto <input type="radio"/> 1. Aborto <input type="radio"/> 2. Muerte perinatal <input type="radio"/> 3. Nacido vivo
7.3 Perímetro cefálico [] [] Centímetros	7.4 ¿Se realizó autopsia clínica? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.5 ¿Hay presencia de defectos congénitos? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
7.6 ¿Se tomó muestra de suero? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.7 ¿Se tomó muestra de cordón umbilical? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS
ZIKA Código INS 895

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
1. RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS			
A. Nombres y apellidos del paciente B. Tipo de ID C. Número de identificación	Es necesario diligenciar estos datos en la ficha de datos complementarios, los cuales deben coincidir con la información registrada en la ficha de datos básicos.	El sistema reconoce automáticamente la información registrada en la vista de datos básicos. Sin embargo se recomienda diligenciar esta información en la ficha con el fin de confirmar la identificación del caso.	SI
5. INFORMACIÓN DE LAS COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS			
5.1 ¿Tiene complicaciones de tipo neurológico?	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
5.1.1 Fecha de inicio del síndrome neurológico	Ingrese en formato día-mes-año, la fecha en la que el paciente inició los síntomas, siempre y cuando se hayan presentado.	Variable que depende de la respuesta en la pregunta 5.1 opción 1=Si.	NO
5.1.2 Tipo de complicación neurológica	Ingrese en la casilla, el código CIE 10 de la complicación que corresponde, de no saber el código diligencie la descripción del diagnóstico.	Variable que depende de la respuesta en la pregunta 5.1 opción 1=Si.	NO
5.2 ¿Desplazamientos en los últimos 30 días?	Indague al caso si realizó desplazamientos en los 30 días previos al inicio de los síntomas. Ingrese el nombre del Municipio, Departamento o país al que realizó el desplazamiento de ser la respuesta afirmativa.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
5.3 ¿Se realizó unidad de análisis del caso de síndrome neurológico?	Marque con una X la opción según corresponda.	Variable que depende de la respuesta en la pregunta 5.1 opción 1=Si.	NO
5.3.1 Resultado unidad de análisis para síndrome neurológico por Zika	Marque con una X la opción según corresponda.	Variable que depende de la respuesta en la pregunta 5.1 opción 1=Si.	NO
6. INFORMACIÓN DE LA GESTANTE CON ZIKA: Tenga en cuenta que si pertenece al criterio de la variable "Población especial = Gestante" debe diligenciar el presente rótulo.			
6.1 Fecha de la última menstruación	Indague al caso sobre la fecha en la que inició la última vez que menstruó. Tenga en cuenta que el formato es día/mes/año	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
6.2 ¿Se le realizó la primera ecografía a la gestante?	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
6.2.1 Fecha de la primera ecografía obstétrica	Ingrese la fecha en la que se le realizó la primera ecografía a la gestante durante el embarazo. Tenga en cuenta que el formato es día/mes/año	Variable que depende de la respuesta en la pregunta 6.2 opción 1=Si.	NO
6.2.2 Edad gestacional de la primera ecografía obstétrica	Ingrese el número de semanas que tenía la gestante en el resultado de la primer ecografía obstétrica . Tenga en cuenta como valor mínimo 0 y máximo 42.	Variable que depende de la respuesta en la pregunta 6.2 opción 1=Si.	NO
6.3 ¿Se encuentra en seguimiento por la EAPB?	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. INFORMACIÓN DE PRODUCTO DE LA GESTANTE CON ZIKA			
7.1 ¿La gestante terminó el embarazo?	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
7.1.1 Fecha de terminación del embarazo	Ingrese la fecha en la que finalizó el embarazo de la gestante. Tenga en cuenta que el formato es día/mes/año.	Variable que depende de la respuesta en la pregunta 7.1 opción 1=Si.	NO
7.2 Condición final del producto	Marque con una X la opción según corresponda.	Variable que depende de la respuesta en la pregunta 7.1 opción 1=Si.	NO
7.3 Perímetro cefálico	Ingrese el dato si la condición final del producto fue Nacido vivo o Muerte perinatal.	Variable que depende de la respuesta en la pregunta 7.2 opciones 2 = Muerte perinatal o 3 = Nacido vivo	NO
7.4 ¿Se realizó autopsia clínica?	Marque con una X la opción según corresponda.	Variable que depende de la respuesta en la pregunta 7.2 opciones 1 = Aborto o 2 = Muerte perinatal.	NO
7.5 ¿Hay presencia de defectos congénitos?	Marque con una X la opción según corresponda.	Variable que depende de la respuesta en la pregunta 7.2 opción 2 = Muerte perinatal o 3 = Nacido vivo	NO
7.6 ¿Se tomó muestra de suero?	Marque con una X la opción según corresponda.	Variable que depende de la respuesta en la variable 7.2 opción 2 = Muerte perinatal o 3 = Nacido vivo y variable 7.5 opción 1 = Si	NO
7.7 ¿Se tomó muestra de cordón umbilical?	Marque con una X la opción según corresponda.	Variable que depende de la respuesta en la variable 7.2 opción 2 = Muerte perinatal o 3 = Nacido vivo y variable 7.5 opción 1 = Si	NO