

## Malaria código INS 465

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-R02.0000-016 V:04 AÑO 2015

<b>ORDEN</b>	<b>1.1 Código de prestador de servicios de salud</b> <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      Código      Sub-Índice	<b>1.2 Especie de plasmodium</b> <input type="radio"/> 1. P. vivax <input type="radio"/> 3. P. malariae <input type="radio"/> 2. P. falciparum <input type="radio"/> 4. Infección mixta	<b>1.3 Fecha de caracterización (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--------------	--	---	---

### 2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

<b>2.1 Tipo de documento</b> <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> MS <input type="radio"/> AS <input type="radio"/> CE		<b>2.2 Número de identificación</b> <small>*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA   PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID</small>		
<b>2.3 Nombres y apellidos del paciente</b>		<b>2.4 Teléfono</b>		
<b>2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>2.6 Edad</b>	<b>2.7 Unidad de medida de la edad</b> <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	<b>2.8 Sexo</b> <input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Femenino	
<b>2.9 País de ocurrencia del caso</b> Código <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>2.10 Departamento y municipio de procedencia /ocurrencia</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Departamento      Municipio		
<b>2.11 Área de procedencia /ocurrencia del caso</b> <input type="radio"/> 01. Cabecera municipal <input type="radio"/> 03. Rural disperso <input type="radio"/> 02. Centro poblado		<b>2.12 Localidad / barrio / vereda de ocurrencia del caso</b>		
<b>2.13 Ocupación del paciente</b> Código <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>2.14 Tipo de régimen en salud</b> <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		<b>2.15 Nombre de la administradora de salud</b> Código <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>2.16 Pertenencia étnica</b> <input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 3. Raizal <input type="radio"/> 5. Negro, mulato afro colombiano <input type="radio"/> 2. Rom, Gitano <input type="radio"/> 4. Palanquero <input type="radio"/> 6. Otro				
<b>2.17 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente</b> <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Carcelarios <input type="checkbox"/> Población infantil a cargo del ICBF <input type="checkbox"/> Población psiquiátrica <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Víctimas de violencia armada <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Indigentes <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales				
<b>2.18 Departamento y municipios de residencia del paciente</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Departamento      Municipio		<b>2.19 País de residencia</b>	<b>2.20 Dirección de residencia</b>	
<b>2.21 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>2.22 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>2.23 Clasificación inicial de caso</b> <input type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio	<b>2.24 Hospitalizado</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	
<b>2.25 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>2.26 Condición final</b> <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto	<b>2.27 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>2.28 Número certificado de defunción</b>	<b>2.29 Causa básica de muerte</b>

### 3. DATOS COMPLEMENTARIOS

<b>3.1 Vigilancia activa</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>3.2 Sintomático</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>3.3 Clasificación según origen</b> <input type="radio"/> 1. Autóctono <input type="radio"/> 2. Importado	<b>3.4 Nuevo</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>3.5 Recrudescencia</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>3.6 Trimestre de gestación</b> <input type="radio"/> 1. Primer trimestre <input type="radio"/> 3. Tercer trimestre <input type="radio"/> 2. Segundo trimestre
<b>3.7 Tipo de examen</b> <input type="radio"/> GG <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> PDR <input type="radio"/> OTRO	<b>3.8 Recuento parasitario</b> <input type="text"/>	<b>3.9 Gametocitos</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>3.10 Complicaciones</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="checkbox"/> Cerebral <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Hematológica <input type="checkbox"/> Hepática <input type="checkbox"/> Otras	<b>3.12 Fecha de inicio de tratamiento (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>3.11 Tratamiento</b> <input type="radio"/> 1. Artemeter+Lumefantrine <input type="radio"/> 7. Artesunato intravenoso <input type="radio"/> 12. Artemeter + Lumefantrine + Primaquina <input type="radio"/> 2. Cloroquina+primaquina <input type="radio"/> 8. Otro <input type="radio"/> 13. Quinina intravenoso + Clindamicina <input type="radio"/> 3. Cloroquina <input type="radio"/> 9. Artesunato rectal <input type="radio"/> 14. Quinina intravenoso + Doxiciclina <input type="radio"/> 5. Quinina oral <input type="radio"/> 10. Quinina oral + Clindamicina + Primaquina <input type="radio"/> 15. Quinina oral+ Clindamicina <input type="radio"/> 6. Quinina intravenosa <input type="radio"/> 11. Quinina oral + Doxiciclina + Primaquina <input type="radio"/> 16. Sin tratamiento		<b>3.13 Responsable de diagnóstico</b>	<b>3.14 Resultados de examen</b> <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo	<b>3.15 Fecha del resultado (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

### REGISTRO INDIVIDUAL DE MALARIA

<b>Nombres del paciente</b>		<b>Apellidos del paciente</b>	
<b>Tipo de examen</b> <input type="radio"/> GG <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> PDR <input type="radio"/> OTRO	<b>Resultados de examen</b> <input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo	<b>Especie</b>	<b>Recuento parasitario</b> <input type="text"/>
<b>Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>Responsable del diagnóstico</b>	