

VIH / SIDA/Mortalidad por SIDA CÓDIGO INS 850

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-R02.0000-030 V:05 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. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

5.1 Mecanismo probable de transmisión		<input type="radio"/> 5. Transfusión sanguínea	<input type="radio"/> 10. Peircing	<input type="radio"/> 13. Centro estético
Sexual	<input type="radio"/> 1. Heterosexual <input type="radio"/> 4. Materno infantil	Parenteral	<input type="radio"/> 6. Usuarios drogas IV	<input type="radio"/> 11. Hemodiálisis
<input type="radio"/> 2. Homosexual		<input type="radio"/> 7. Accidente de trabajo	<input type="radio"/> 12. Tatuajes	<input type="radio"/> 14. Acupuntura
<input type="radio"/> 3. Bisexual		<input type="radio"/> 9. Transplante de órganos		
5.2 Ante todo caso de transmisión materno infantil diligenciar			5.3 Identidad de género	
Nombre de la madre		Tipo de ID*	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			<input type="radio"/> M. Masculino	
			<input type="radio"/> F. Femenino	
			<input type="radio"/> T. Transgénero	
5.4 ¿Donó sangre en los 12 meses anteriores a esta notificación?	5.4.1 Fecha de la donación (dd/mm/aaaa)	5.4.2 Nombre de la institución donde realizó la donación:		
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			
5.5 Población clave	<input type="radio"/> 1. Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	<input type="radio"/> 4. Mujer Transgénero		
	<input type="radio"/> 2. Mujeres trabajadoras sexuales	<input type="radio"/> 5. Habitante de calle		
	<input type="radio"/> 3. Población privada de la libertad	<input type="radio"/> 6. Personas que se inyectan drogas (PID)		

6. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

6.1 ¿Recibió asesoría Pre prueba?	6.2 ¿Recibió asesoría post prueba?	6.3 Tipo de prueba con la cual se confirmó el diagnóstico
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Western Blot <input type="radio"/> 3. Prueba rápida
		<input type="radio"/> 2. Carga viral <input type="radio"/> 4. Elisa
6.3.1 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)	6.3.2 Valor de la carga viral (N de copias)	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	

7. OTROS ANTECEDENTES DEL PACIENTE

7.1 Estado clínico del paciente al momento de la notificación	<input type="radio"/> 1. VIH	<input type="radio"/> 2. SIDA	<input type="radio"/> 3. Muerto
7.2 Número de hijos menores de 5 años	Niños	Niñas	
Indique el número de hijos del paciente menores de 5 años, niños y niñas, según corresponda en los espacios señalados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
7.3 ¿Embarazo?	7.3.1 Indique el número de semanas de gestación al momento del diagnóstico		
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="text"/> <input type="text"/>		

8. INFORMACIÓN CLÍNICA

8.1 Enfermedades asociadas	Marque con una X las enfermedades oportunistas y/o coinfecciones que presente el paciente con estadio SIDA		
<input type="checkbox"/> Candidiasis esofágica	<input type="checkbox"/> Histoplasmosis extrapulmonar	<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi	
<input type="checkbox"/> Candidiasis de las vías areas	<input type="checkbox"/> Isosporidiasis crónica	<input type="checkbox"/> Síndrome de emaciación	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis pulmonar	<input type="checkbox"/> Herpes zoster en múltiples dermatomas	<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatía multifocal	
<input type="checkbox"/> Cáncer cervical invasivo	<input type="checkbox"/> Histoplasmosis diseminada	<input type="checkbox"/> Septicemia recurrente por Salmonella	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis extrapulmonar	<input type="checkbox"/> Linfoma de Burkitt	<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis cerebral	
<input type="checkbox"/> Coccidioidomicosis	<input type="checkbox"/> Neumonía por pneumocystis	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	
<input type="checkbox"/> Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> Neumonía recurrente (más de 2 episodios en un año)	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	
<input type="checkbox"/> Retinitis por citomegalovirus	<input type="checkbox"/> Linfoma inmunoblástico	<input type="checkbox"/> Meningitis	
<input type="checkbox"/> Encefalopatía por VIH	<input type="checkbox"/> Criptosporidiasis crónica	<input type="checkbox"/> Recuento CD4 menor de 200	
<input type="checkbox"/> Otras micobacterias	<input type="checkbox"/> Criptococosis extrapulmonar		

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS
Vigilancia en salud pública del VIH SIDA (Cod INS: 850)

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
A. Nombres y apellidos del paciente B. Tipo de ID C. Número de identificación	Es necesario diligenciar estos datos en la ficha de complementarios, los cuales debe coincidir con la información registrada en la ficha de datos básicos.	* 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. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS			
5.1 Mecanismo probable de transmisión	Marque con una X la opción según corresponda. Sexual: 1 = Heterosexual 2 = Homosexual 3 = Bisexual 4 = Materno infantil	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
	Parenteral: 5 = Transfusión sanguínea 6 = Usuarios drogas IV 7 = Accidente de trabajo 9 = Transplante de órganos		SI
5.2 Ante todo caso de transmisión materno-infantil diligenciar el nombre de la madre junto con el tipo y número de documento de identificación	Diligenciar la información solicitada.	Espacio que se activa una vez se marque en la variable 5.1 Mecanismo probable de transmisión, la opción "Materno infantil"	SI
5.3 Identidad de género	Marque con una X la opción según corresponda. "Alude a la percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a sentirse hombre o mujer".	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
5.4 ¿Donó sangre en los 12 meses anteriores a esta notificación?	Marque con una X la opción según corresponda.	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
5.4.1 Fecha de donación	Formato día-mes-año	Depende de la respuesta en variable 5.4, opción 1 = Si.	NO
5.4.2 Nombre de la institución donde realizó la donación	Ingrese la información solicitada.	Depende de la respuesta en variable 5.4, opción 1 = Si.	NO
5.5 Población clave	Marque con una X la opción según corresponda. Para el diligenciamiento de la variable tenga en cuenta que se relaciona con personas que tienen mayor riesgo de contraer una ITS.		NO
6. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO			
6.1 ¿Recibió asesoría pre prueba?	Marque con una X la opción según corresponda.	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
6.2 ¿Recibió asesoría post prueba?	Marque con una X la opción según corresponda.	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
6.3 Tipo de prueba con la cual se confirmó el diagnóstico	1 = Western Blot: Recuerde que este tipo de prueba es para mayores de 18 meses. 2 = Carga viral: Tipo de prueba para menores de 18 meses. 3 = Prueba rápida 4 = Elisa	El sistema habilitará la opción 1 = Western Blot para mayores de 18 meses. El sistema habilitará la opción 2 = Carga viral para la población menor de 18 meses.	SI
6.3.1 Fecha de resultado	Formato día-mes-año	Fecha en la que se tomó la prueba.	SI
6.3.2 Valor de la carga viral	Valor absoluto de número de copias del virus.	Variable obligatoria si en la pregunta 6.2 Tipo de prueba marcó la opción 2 = Carga Viral.	SI
7. OTROS ANTECEDENTES DEL PACIENTE			
7.1. Estadío clínico del paciente al momento de la notificación	Marque con una X la opción según corresponda. Tenga en cuenta que el paciente puede pasar del estadio VIH a SIDA, evidenciando la necesidad de notificar en el cambio de estadio clínico. Lo mismo sucede con la muerte por SIDA. 1 = VIH 2 = SIDA 3 = Muerto	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
7.2. Indique el número de hijos del paciente menores de 5 años, niños y niñas, según corresponda en los espacios señalados.	Ingrese la información solicitada.		
7.3 ¿Embarazo?	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si 2 = No	Aplica solo para mujeres embarazadas.	SI
7.3.1 Indique el número de semanas de gestación al momento del diagnóstico	Anote el número de semanas de gestación al momento de diagnóstico de VIH.	Depende de la opción señalada en la variable 7.1 Embarazo, opción 1 = Si	SI
8. INFORMACIÓN CLÍNICA			
8.1. Enfermedades asociadas	Marque con una X las enfermedades oportunistas que presente el paciente con estadio SIDA.	Diligencie la variable indicado la categoría según corresponda, de no ser así el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI