

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

**Cod INS 880. Viruela Símica (Monkeypox)**

FOR-R02.0000-075 V:00 2022-08-06

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

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
-------------------------------------	---------------	------------------------

5. DATOS CLÍNICOS

<b>5.1 Erupción</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	<b>5.1.1. Tipo de erupción</b> <input type="radio"/> 1. Vesicular <input type="radio"/> 2. Máculopapular	<b>5.1.2 Inicio de erupción (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<b>5.2 Fiebre</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	<b>5.3 Úlceras genitales</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	
<b>5.4 Otros signos / síntomas</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>5.4.1 ¿Cuáles otros?</b> _____	
<b>5.5 Complicaciones</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>5.5.1 ¿Cuáles se presentaron?</b> <input type="checkbox"/> Cerebral <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Oftálmica	

6. POSIBLE FUENTE DE INFECCIÓN

<b>6.1 ¿Tuvo contacto con caso probable/Confirmado de Monkeypox en los últimos 21 días?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	<b>6.1.1 Fecha de contacto (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<b>6.2 ¿Tuvo contacto estrecho (incluso sexual) con persona procedente del extranjero?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	
<b>6.3 ¿Tiene nueva o múltiples parejas sexuales?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	
<b>6.4 Antecedente de viaje al exterior en los últimos 21 días</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>6.4.1 ¿País a dónde viajó</b> _____
Código País <input type="text"/>	

7. SEGUIMIENTO, AJUSTES Y CLASIFICACIÓN FINAL

<b>7.1 ¿Se realizó seguimiento a contactos?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Desconocido	<b>7.1.1 Fecha final seguimiento a contactos (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<b>7.2 Si el caso fue confirmado, señale fuente de infección</b> <input type="radio"/> 1. Importado <input type="radio"/> 2. Relacionado con la importación <input type="radio"/> 3. Fuente desconocida <input type="radio"/> 4. Relacionado con desconocido	
<b>7.3 Si el caso es descartado, señale el criterio para descartar</b> <input type="radio"/> 1. Laboratorio negativo <input type="radio"/> 3. Dengue <input type="radio"/> 5. Herpes 6,6 <input type="radio"/> 6. Reacción alérgica <input type="radio"/> 8. Varicela <input type="radio"/> 9. Sífilis <input type="radio"/> 7. Otro diagnóstico	

8. DATOS DEL LABORATORIO

8.1 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"/>

<b>Marque así</b>	<b>MUESTRA</b>	3. Hisopado nasofaríngeo   4. Tejido   6. Lcr   13. Suero   14. Orofaringeo
	<b>PRUEBA</b>	4. PCR
	<b>AGENTE</b>	2J Monkeypox   8. Otro
	<b>RESULTADO</b>	1. Positivo   2. Negativo   3. No procesado   4. Inadecuado   5. Dudoso   6. Valor registrado