

# SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

## Ficha de notificación individual

### Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

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

<b>1.1 Código de la UPGD *</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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<b>Razón social de la unidad primaria generadora del dato *</b> <input type="text"/>			
Departamento <input type="text"/> <input type="text"/>		Municipio <input type="text"/> <input type="text"/>		Código <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Sub-Índice <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>1.2 Nombre del evento *</b> <input type="text"/>				Código del evento <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *</b> <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"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> MS <input type="radio"/> AS <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CD <input type="radio"/> SC <input type="radio"/> DE <input type="radio"/> PT						<b>2.2 Número de identificación *</b> <input type="text"/>					
<small>*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA   PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID   PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA   CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC : SALVOCONDUCTO   DE : DOCUMENTO EXTRANJERO   PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL</small>											
<b>2.3 Nombres y apellidos del paciente *</b> <input type="text"/>								<b>2.4 Teléfono *</b> <input type="text"/>			
<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"/>			<b>2.6 Edad *</b> <input type="text"/>		<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 Nacionalidad *</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<b>2.9 Sexo *</b> <input type="radio"/> M. Hombre <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Mujer		<b>2.10 Identidad de género</b> <input type="radio"/> 1. Hombre <input type="radio"/> 3. Hombre trans <input type="radio"/> 5. Otra <input type="radio"/> 2. Mujer <input type="radio"/> 4. Mujer trans <b>Cuál otra?</b> <input type="text"/>			<b>2.11 Orientación sexual</b> <input type="radio"/> 1. Heterosexual <input type="radio"/> 3. Bisexual <b>Cuál otra?</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> 2. Gay/Lesbiana <input type="radio"/> 4. Otra <input type="text"/>						
<b>2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *</b> <input type="text"/>				<b>2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *</b> <input type="text"/> <input type="text"/>				<b>2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *</b> <input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado			
<b>2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso</b> <input type="text"/>			<b>2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso</b> Código <input type="text"/>		<b>2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso</b> <input type="text"/>			<b>2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia</b> Código <input type="text"/>			
<b>2.19 Ocupación del paciente *</b> <small>Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior</small>				<b>2.20 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 <input type="radio"/> I. Indeterminado/ pendiente				<b>2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *</b> <input type="text"/>			
<b>2.22 Pertenencia étnica *</b> <input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 2. Rom, Gitano <input type="radio"/> 3. Raizal <input type="radio"/> 4. Palenquero <input type="radio"/> 5. Negro, mulato afro colombiano <input type="radio"/> 6. Otro										<b>2.23 Estrato</b> <input type="text"/>	
<b>2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *</b> <input type="checkbox"/> Personas en condición de discapacidad <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Población infantil a cargo del ICBF <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Víctimas de violencia armada <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Personas privadas de la libertad <input type="checkbox"/> Habitantes de la calle <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales											

#### 3. NOTIFICACIÓN

<b>3.1 Fuente</b> <input type="radio"/> 1. Notificación rutinaria <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa com. <input type="radio"/> 2. Búsqueda activa Inst. <input type="radio"/> 5. Investigaciones <input type="radio"/> 3. Vigilancia Intensificada			<b>3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *</b> País <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>								
<b>3.3 Dirección de residencia *</b> <input type="text"/>						<b>3.4 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"/>					
<b>3.5 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"/>				<b>3.6 Clasificación inicial de caso *</b> <input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 5. Conf. nexa epidemiológico			<b>3.7 Hospitalizado *</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
<b>3.8 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"/>			<b>3.9 Condición final *</b> <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde		<b>3.10 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"/>			<b>3.11 Número certificado de defunción</b> <input type="text"/>			
<b>3.12 Causa básica de muerte</b> <input type="text"/>				<b>3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *</b> <input type="text"/>				<b>3.14 Teléfono del profesional *</b> <input type="text"/>			

#### 4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

<b>4.1 Seguimiento y clasificación final del caso</b> <input type="radio"/> 0. No aplica <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 6. Descartado <input type="radio"/> D. Descartado por error de digitación <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 5. Conf. nexa epidemiológico <input type="radio"/> 7. Otra actualización						<b>4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

**Cod INS 342. Enfermedades huérfanas – raras**

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

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 COMPLEMENTARIOS**

**5.1 Nivel educativo**

- |  |   |  |   |                                   |
|--|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 1. Preescolar        | <input type="radio"/> 4. Media Académica o Clásica            | <input type="radio"/> 7. Técnica Profesional | <input type="radio"/> 10. Especialización | <input type="radio"/> 13. Ninguno |
| <input type="radio"/> 2. Básica Primaria   | <input type="radio"/> 5. Media Técnica (Bachillerato Técnico) | <input type="radio"/> 8. Tecnológica         | <input type="radio"/> 11. Maestría        |                                   |
| <input type="radio"/> 3. Básica Secundaria | <input type="radio"/> 6. Normalista                           | <input type="radio"/> 9. Profesional         | <input type="radio"/> 12. Doctorado       |                                   |

**5.2 Deficiencias en estructuras corporales relacionadas con:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sistema nervioso.   | <input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular, inmunológico y respiratorio.                           |
| <input type="checkbox"/> Ojos.   | <input type="checkbox"/> Sistema digestivo, metabólico y endocrino.                                     |
| <input type="checkbox"/> Oídos.  | <input type="checkbox"/> Sistema genitourinario y reproductOr.  |
| <input type="checkbox"/> Demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto y dolor). | <input type="checkbox"/> Estructuras relacionadas con el movimiento (articulaciones, músculos, huesos). |
| <input type="checkbox"/> La voz y el habla.  | <input type="checkbox"/> La piel y estructuras relacionadas.  |

**5.3 Fecha de diagnóstico de la enfermedad (dd/mm/aaaa)**

/  /

**5.4. ¿Cuál prueba confirmatoria?**

**5.5 Nombre de la enfermedad**

## INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS

Caracterización UPGD-UI  
Datos Básicos

VARIABLE	CATEGORIAS Y DEFINICIÓN	OBLIG.
<b>1 INFORMACIÓN GENERAL</b>		
1.1 Código del prestador	<p>Este código corresponde al mismo código de habilitación asignado por el Registro Especial de Prestadores de servicios de salud (REPS) y obedece a un estándar de 12 dígitos donde los 5 primeros relacionan el departamento y municipio donde esta adscrita la entidad, de la misma manera, los últimos dos dígitos representan la sede, donde "01" hace referencia a la sede principal. Para dar claridad sobre las particularidades y excepciones de este código, tenemos el ejemplo de un código de UPGD "110011234501":</p> <p><b>11:</b> Dos primeros dígitos identifican al Departamento/Distrito (códigos DANE)  <b>001:</b> Sigüientes tres dígitos sumados a los dos primeros identifican el municipio  <b>1:</b> SEXTO dígito si es "7" identifica a una UPGD de la Policía Nacional. Si es "8" identifica una UPGD de fuerzas militares. Si es "9" se identifican unidades informadoras que no tienen código de habilitación, incluye ámbitos comunitarios, escolares. En los casos en los que la institución cuente con certificado de habilitación este código corresponde al asignado en este registro.  <b>2345:</b> Los dígitos 7-8-9-10 son asignados por el Departamento- Municipios en caso de las unidades informadoras. Para los demás casos se incluye el número asignados en el certificado de habilitación para la institución.  <b>01:</b> Los últimos 2 dígitos identifican el subíndice (cuando existen varias sedes de la misma UPGD se conservan los 10 primeros y estos sigüientes identifican el número de la sede)</p> <p><b>PARA TENER EN CUENTA:</b> Utilice los sigüientes subíndices en estos casos. 80: identificar una UPGD del Ejército nacional; 81: identificar una UPGD de la Armada; 82: identificar una UPGD de la Fuerza aérea; 83: identificar a una UPGD del Hospital militar; 99: identificar a un establecimiento penitenciario y carcelario y 55 para una Entidad Administradora de Planes de Beneficio. Para caracterizar un establecimiento carcelario del INPEC en el 6-7-8 dígito se ingresa el código de identificación del ERON. En las cárceles a cargo de las Entidades Territoriales, estos códigos serán asignados por la UND. los dos sigüientes dígitos (9-10) deben corresponder en todos los casos a 00.</p>	SI
1.2 Fecha de caracterización	Ingrese la fecha en formato día-mes-año, del momento en que se realiza la caracterización de la UPGD o UI.	SI
1.3 Razón social de la UPGD	Ingrese con letra clara y legible, el nombre de la UPGD o UI tal como está registrado en el Registro de habilitación.	SI
1.4 Nit UPGD	Ingrese el Número de identificación tributaria de la UPGD o UI, en caso que no lo tenga ingrese el mismo código de la UPGD	SI
1.5 Dirección de la UPGD	Ingrese la dirección del sitio exacto de ubicación de la UPGD o UI.	SI
1.6 Representante legal de la UPGD	Ingrese el nombre completo de la persona representante legal o de quien haga sus veces.	SI
1.7 Correo electrónico	Ingrese una dirección de correo electrónico donde se pueda contactar al representante legal en caso de requerirse.	SI
1.8 Nombre del responsable de la notificación	Ingrese los nombres completos de la persona que está asignada para realizar el ingreso en el software de los eventos objeto de vigilancia en salud pública.	SI
1.9 Teléfono de la UPGD	Ingrese el número telefónico de la UPGD o UI, donde se pueda contactar al responsable de la notificación.	SI
1.10 Fecha de inicio de actividades	Ingrese la fecha en formato día-mes-año, del momento en que la institución inició actividades de prestación de servicios de salud.	SI
1.11 Naturaleza jurídica	Marque con una X la opción según corresponda.	SI
1.12 Nivel de complejidad	<p>Marque con una X la opción según corresponda. Tenga en cuenta:</p> <p>Nivel I: Cuenta con los servicios de urgencias las 24 horas, además de consulta externa médica y odontológica, hospitalización y seguimiento a los problemas de salud que no exijan un tratamiento especializado.</p> <p>Nivel II: Atiende urgencias las 24 horas, cuenta con médicos generales y especializados que prestan atención médica y odontológica, y que realizan cirugías ambulatorias, se atienden partos de baja y mediana complejidad y enfermedades y problemas de salud intermedia, además, cuenta con laboratorio clínico e imágenes diagnósticas.</p> <p>Nivel III: Presta los servicios de urgencias las 24 horas del día y cuenta con médicos y odontólogos generales. Además, cubre todas las especialidades y sub especialidades como cardiología, neurología, gastroenterología, genética, imágenes diagnósticas, laboratorio y otras, atiende casos graves o de alta complejidad.</p>	SI
1.13 Que tipo de unidad notificadora es?	Marque con una X, 1 = Si la institución se clasifican como UI - Unidad Informadora teniendo en cuenta que son prestadores que no captan eventos en Salud Pública semanalmente. Marque 2 = cuando la institución se clasifique como UPGD - Unidad Primaria Generadora de Datos, es decir que capte eventos semanalmente.	SI
1.14 Estado	Marque con una X, 1 = Abierta; si la institución se encuentra prestando servicios al momento de ser caracterizada en el sistema. 2 = Cerrada; cuando la institución no está prestando servicios al momento de ser caracterizada.	SI
1.15 ¿Notifica IAD? 1.16 ¿Notifica ISO? 1.17 ¿Notifica CAB?	Marque con una X, 1 = Si; cuando la institución haga la notificación Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) o Infecciones Asociadas al Sitio Operatorio (ISO) o Consumo de Antibióticos en Ambiente Hospitalario (CAB). 2 = No; cuando la institución no notifique ni (IAD), ISO, CAB.	SI
<b>2. RECURSOS DISPONIBLES PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>		
2.1.1 a 2.1.10	Marque la opción según corresponda, en cada una de las variables mencionadas, donde se refleje las herramientas con las que cuenta la UPGD, y que le permiten realizar el proceso de vigilancia y notificación oportuna.	SI
¿UPGD activa en el sistema?	Marque la opción según corresponda, el diligenciamiento de la opción 1:si, permite el ingreso de casos y será tenido en cuenta en la generación de reportes de evaluación del cumplimiento en la notificación.	SI
<b>3. TALENTO HUMANO DISPONIBLE PARA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>		
3.1 a 3.11	Tenga en cuenta que los profesionales Médico General y Especialista reportarán las horas por día que laboran, en caso de tener mas de un profesional, hace la suma de las horas/día que dedican a la atención en salud, teniendo en cuenta que en este espacio es posible la captación de eventos en Salud Pública. Los demás profesionales reportarán horas destinadas a vigilancia.	SI
<b>4. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DISPONIBLE PARA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. Registre la cantidad de actividades realizadas en el periodo anual inmediatamente anterior o durante el tiempo de funcionamiento si este es menor a un año.</b>		

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS**  
**Caracterización UPGD-UI**  
**Datos Básicos**

VARIABLE	CATEGORIAS Y DEFINICIÓN	OBLIG.
4.1 a 4.3	Ingrese en números absolutos el total de actividades realizadas por servicio en el último año disponible.	SI
<b>5. ROLES POR INFORMACIÓN</b>		
5.1 ¿La institución es catalogada como Hospital Universitario?	Son aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud que han demostrado el cumplimiento de los requisitos establecidos en el parágrafo 2° del artículo 13 de la Ley 1164 de 2007 ante la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.	SI
5.2 ¿Presta atención a usuarios afiliados al régimen de Excepción?	Corresponden a usuarios afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol así como los servidores públicos de universidades públicas	SI
<b>6. CAPACIDAD INSTALADA EN UCI</b>		
6.1 Total camas con las que cuenta la institución	Escriba el total de las camas de todos los servicios de unidad de cuidados intensivos existente en la institución (Excluir servicio de urgencias)	NO
<b>7. DATOS DE LA VIGILANCIA DE LAS IAAS</b>		
7.1 y 7.2	Preguntas de respuesta dicotómica SI/NO. Marque con una X la opción según corresponda.	SI
7.3 ¿Cuántos brotes de IAAS se presentaron en el último año?	Variable numerica que indica los brotes de infecciones asociadas a la atención en salud .	
7.4 y 7.5	Preguntas de respuesta dicotómica SI/NO Marque con una X la opción según corresponda.	
<b>8. DATOS DE LA VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA BACTERIANA A LOS ANTIMICROBIANOS</b>		
8.1 y 8.1.1	Preguntas de respuesta dicotómica SI/NO Marque con una X la opción según corresponda.	SI
8.1.2 Ingrese el nombre de los laboratorios de microbiología contratados	En caso que el laboratorio de microbiología no sea propio de la institución prestadora de servicios de salud se debe diligenciar esta variable.	
8.2 a 8.7	Preguntas de respuesta dicotómica SI/NO Marque con una X la opción según corresponda. En caso de que en la variable 8.4, digite "SI" se requiere que indique cual de los sistemas automatizados utiliza (Vitek, Microscan o Phoenix) en la pregunta 8.5.	
<b>9. ANALISIS Y DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>		
9.1 a 9.6	Preguntas de respuesta dicotómica SI/NO Marque con una X la opción según corresponda. WHONET es un programa para el manejo de bases de datos y la administración de los resultados del laboratorio de microbiología.	SI
<b>10. DATOS DE LA VIGILANCIA DE CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS (CAB)</b>		
10.1 ¿Quién realiza la vigilancia de CAB, en la UPGD?	Pregunta de selección única marque así: 1= Médico 2= Químico Farmacéutico 3= Enfermera	SI
<b>11. DATOS DE LA VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A PROCEDIMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS</b>		
11.1 a 11.5	Respuesta dicotómica donde se debe indicar cuales de los procedimientos son realizados en la institución	SI
<b>12. CAPACIDAD INSTALADA SEGÚN TIPO UCI</b>		
12.1 Tipo UCI	Es necesario indicar el tipo de Unidad de Cuidados Intensivos: A: UCI Adultos P: UCI Pediatrico N: UCI Neonatal. El usuario podrá caracterizar varias UCI según servicio prestado.	SI
12.2.1-12.2.2-12.2.3 Total camas con que cuenta la institución	Ingresar el número de camas disponibles según Unidad de Cuidados Intensivos seleccionada con anterioridad. Indicar el subtipo de UCI, si se trata de, 2: medico quirúrgica o 3:cardiovascular.	SI
12.3 Activa	Indicar si las UCI seleccionadas se encuentran activas. Variable dicotómica	SI

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN  
ENFERMEADES HUÉRFANAS-RARAS**

**Definición de caso**  
**Caso nuevo confirmado con prueba diagnóstica (laboratorio o procedimiento):** todo caso nuevo, residente en Colombia, de cualquier edad a quien se realiza diagnóstico de enfermedad huérfana con resultados de pruebas diagnósticas de laboratorio, o imagenológicas, o histológicas, o fisiológicas, de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social en el anexo técnico vigente del protocolo de vigilancia.  
**Caso nuevo confirmado con criterios clínicos:** todo caso nuevo, residente en Colombia, de cualquier edad, a quien se realiza diagnóstico de enfermedad huérfana basado exclusivamente en criterios clínicos declarados por uno o más médicos tratantes, con base en las definiciones nosológicas aceptadas por la comunidad científica y los antecedentes de historia clínica y otros registros del paciente que confirmen la presencia de la enfermedad huérfana.  
**Caso en tratamiento certificado por junta de profesionales en salud:** toda persona, residente en Colombia, de cualquier edad, no reportada en el censo de 2013 o en los registros de hemofilia, que se encuentra actualmente en tratamiento, que cumple con los criterios clínicos de la enfermedad pero sin evidencia de una prueba diagnóstica confirmatoria y que es declarado mediante concepto de junta de profesionales en salud de la Entidad Administradora del Plan de Beneficios (EAPB), o de la Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) que notifica, confirmando la presencia de la enfermedad huérfana con base en evidencias clínicas y paraclínicas registradas en historia clínica.

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
<b>RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS</b>			
<b>A. Nombres y apellidos del paciente</b>	Corresponde a los nombres y apellidos del paciente.	El primer nombre y primer apellido son obligatorios para el sistema, de lo contrario no le permitirá continuar con la sistematización de la información.	<b>SI</b>
<b>B. Tipo de identificación</b>	Se relaciona con el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que está siendo notificado. Diligencie una sola opción en esta variable.	El tipo de documento debe ser consistente con la edad del paciente.	<b>SI</b>
<b>C. Número de identificación</b>	Cuando se desconoce el número de documento del paciente, utilice la opción MS y AS, según corresponda. Si es mayor de 18 años utilice AS, si es menor de 18 años utilice MS. Para este último ingrese el documento de la madre y consecutivo de nacimiento. Para mayores de 18 años utilice el código del Departamento + código de Municipio y el consecutivo definido por el Entidad Territorial o UPGD.	Ingrese la información solicitada.	<b>SI</b>
<b>5. DATOS COMPLEMENTARIOS</b>			
<b>5.1 Nivel educativo</b>	Marque con una X según la opción que corresponda	Para la sistematización de la información debe diligenciar uno de los datos solicitados, de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la ficha de notificación.	<b>SI</b>
<b>5.2 Deficiencias en estructuras corporales relacionadas con</b>	Variable de múltiples opciones de respuesta. Marque con una X según la opción que corresponda	Para la sistematización de la información no es necesario diligenciar uno de los datos solicitados, solo si aplica.	<b>NO</b>
<b>5.3 Fecha de diagnóstico de la enfermedad</b>	Formato día/mes/año	Para la sistematización de la información, si se desconoce la fecha de esta variable, ingresar 01/01/año	<b>SI</b>
<b>5.4 ¿Cuál prueba confirmatoria?</b>	Corresponde al nombre de la prueba confirmatoria (imagenológica, de laboratorio o junta de profesionales en salud) mediante la cual fue diagnosticada la Enfermedad Huérfana - Rara. Aplica para los tipos de caso= 3 (confirmado por laboratorio). Estas pruebas son establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el anexo técnico vigente del protocolo de VSP de enfermedades huérfanas.	Los datos deben ingresarse por el modulo de datos complementarios del Sivigila; se debe escribir el nombre de la prueba diagnóstica. El aplicativo despliega automáticamente el listado de pruebas diagnósticas al escribir palabras claves.	<b>NO</b>
<b>5.5 Nombre de la Enfermedad</b>	Corresponde al nombre de la enfermedad huérfana de acuerdo con la lista de enfermedades huérfanas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el anexo técnico vigente del protocolo de VSP de enfermedades huérfanas.	Para la sistematización de la información, ingrese el nombre de la enfermedad huérfana. El aplicativo desplegará automáticamente el listado vigente de enfermedades huérfanas a medida que escriba palabras clave relacionadas.	<b>SI</b>