

Datos básicos

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-R02.0000-001 V:08 2019-02-01

1.1 Código de la UPGD <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				Razón social de la unidad primaria generadora del dato <input type="text"/>			
1.2 Nombre del evento <input type="text"/>			Código del evento <input type="text"/>	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento <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				2.2 Número de identificación <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</small>							
2.3 Nombres y apellidos del paciente <input type="text"/>					2.4 Teléfono <input type="text"/>		
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		2.6 Edad <input type="text"/>	2.7 Unidad de medida de la edad <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		2.8 Sexo <input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Femenino	2.9 Nacionalidad <input type="text"/>	
2.10 País de ocurrencia del caso <input type="text"/>		2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>		2.12 Área de ocurrencia del caso <input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado			
2.13 Localidad de ocurrencia del caso <input type="text"/>	2.14 Barrio de ocurrencia del caso <input type="text"/>	2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso <input type="text"/>		2.16 Vereda/zona <input type="text"/>			
2.17 Ocupación del paciente <input type="text"/>		2.18 Tipo de régimen en salud <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		2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios <input type="text"/>			
2.20 Pertenencia étnica <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					2.21 Estrato <input type="text"/>		
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Sem.de gestación <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"/> Carcelarios <input type="checkbox"/> Indigentes <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales							

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente <input type="radio"/> 1. Notificación rutinaria <input type="radio"/> 3. Vigilancia Intensificada <input type="radio"/> 5. Investigaciones <input type="radio"/> 2. Búsqueda activa Inst. <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa com.		3.2 Departamento y municipio de residencia del paciente Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>		
3.3 Dirección de residencia <input type="text"/>				
3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	3.6 Clasificación inicial de caso <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	3.7 Hospitalizado <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	3.9 Condición final <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	3.11 Número certificado de defunción <input type="text"/>	
3.12 Causa básica de muerte <input type="text"/>		3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha <input type="text"/>		3.14 Teléfono <input type="text"/>

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso <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			4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
---	--	--	---

Tuberculosis código INS: 813

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-R02.0000-075 V:00 2019-02-01

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 PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA		

5. CLASIFICACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

5.1. Condición	5.2 Tipo de tuberculosis	5.3 Localización de la tuberculosis extrapulmonar			
<input type="radio"/> 1. Sensible <input type="radio"/> 2. Resistente	<input type="radio"/> 1. Pulmonar <input type="radio"/> 2. Extrapulmonar	<input type="radio"/> 1. Pleural <input type="radio"/> 2. Meningea <input type="radio"/> 3. Peritoneal	<input type="radio"/> 4. Ganglionar <input type="radio"/> 5. Renal <input type="radio"/> 7. Intestinal	<input type="radio"/> 8. Osteoarticular <input type="radio"/> 9. Genitourinaria <input type="radio"/> 10. Pericárdica	<input type="radio"/> 11. Cutánea <input type="radio"/> 12. Otro

6. CLASIFICACIÓN DE CASO BASADA EN HISTORIA DE TRATAMIENTO

6.1. Según antecedente de tratamiento	6.2 Previamente tratado
<input type="radio"/> 1. Nuevo <input type="radio"/> 2. Previamente tratado	<input type="radio"/> 2. Tras recaída <input type="radio"/> 3. Tras fracaso <input type="radio"/> 4. Paciente recuperado tras pérdida al seguimiento <input type="radio"/> 5. Otros pacientes previamente tratados <input type="radio"/> 6. Tratamiento con medicamento de 1ra línea <input type="radio"/> 7. Tratamiento con medicamento de 2da línea

7. INFORMACIÓN ADICIONAL

7.1. El paciente es trabajador de la salud?	7.1.1 Ocupación		
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No			
7.2 Paciente cuenta con diagnóstico confirmado de VIH?	7.3 Peso actual Kg	7.4 Talla actual Mts	7.5 IMC (índice masa corporal)
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<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"/>

8. CONFIGURACIÓN DE CASO

8.1. Datos de laboratorio					
Baciloscopia	Resultado baciloscopia	Cultivo	Resultado cultivo	Prueba Molecular	Resultado prueba molecular para la confirmación del caso
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo <input type="radio"/> 3. En proceso	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo
Nombre de la especie identificada	<input type="radio"/> 1. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> <input type="radio"/> 2. <i>Mycobacterium bovis</i> <input type="radio"/> 3. <i>Mycobacterium africanum</i> <input type="radio"/> 4. <i>Mycobacterium microti</i> <input type="radio"/> 5. <i>Mycobacterium canet tii</i>	Histopatología	Resultado histopatología	Resultado prueba de sensibilidad a fármacos (PSF)	
		<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo	<input type="radio"/> 1. Positivo <input type="radio"/> 2. Negativo	

8.2 Ayudas diagnósticas utilizadas para la configuración de caso					8.3 Comorbilidades - condiciones especiales para el manejo			
Cuadro clínico	Nexo epidemiológico	Radiológico	ADA	Tuberculina	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<input type="checkbox"/> Silicosis	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Desnutrición

8.4 Fecha de confirmación (dd/mm/aaaa)

8.5 Clasificación de caso según tipo de resistencia	Registre en el círculo contiguo al medicamento según corresponda 1: Sensible - 2: Resistente - 3. No realizado	
<input type="radio"/> 1. Monoresistencia	S: Estreptomicina (1) (2) (3)	E: Etambutol (1) (2) (3)
	H: Isoniazida (1) (2) (3)	Z: Pirazinamida (1) (2) (3)
<input type="radio"/> 2. MDR * Esta condición se cumple cuando el paciente es resistente de forma simultánea a H y R	H: Isoniazida (2)	
	R: Rifampicina (2)	
<input type="radio"/> 3. Poliresistente	S: Estreptomicina (2)	E: Etambutol (2)
	H: Isoniazida (2)	Z: Pirazinamida (2)
<input type="radio"/> 4. XDR (Extensivamente resistente) * Esta condición se cumple cuando el paciente es resistente de forma simultánea a Q y I	Q: Quinolonas (2)	<input type="radio"/> 7. Resistencia a rifampicina * Esta condición se cumple cuando paciente es resistente a Rifampicina (RR)
	I: Inyectables (2)	R: Rifampicina (2)
<input type="radio"/> 8. Resistencia a pre XDR * Esta condición se cumple cuando el paciente es resistente a una de las dos Q ò I	Q: Quinolonas (1) (2)	<input type="radio"/> 6. En proceso de clasificación
	I: Inyectables (1) (2)	

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN
DATOS BÁSICOS**

Definición
La ficha de notificación de Datos Básicos es un instrumento que permite obtener **información prioritaria** de las **variables de tiempo, lugar y persona** para la notificación de los diferentes eventos de interés en salud pública, con el fin de diferenciar claramente las características propias de las poblaciones que se ven asociadas a los eventos notificados (variables universales), los lugares y momentos específicos en los que se presentan.

Consideraciones generales
Para el diligenciamiento de la ficha de datos básicos, es importante tener en cuenta los aspectos que se numerarán a continuación, con el fin que la información allí consignada cumpla con los criterios de calidad y veracidad del dato:
1. Diligencie con letra imprenta, clara y legible; recuerde que la ficha de notificación es un **DOCUMENTO MÉDICO LEGAL**, por lo tanto es necesario que **evite enmendaduras o tachones** durante su diligenciamiento.
2. Utilice preferiblemente esfero de tinta negra para el diligenciamiento de la ficha de notificación.
3. La ficha debe ser diligenciada en su totalidad.
4. Tenga en cuenta que dependiendo la variable puede o no tener múltiples opciones de respuesta. Por lo anterior, las variables cuyas categorías estén designadas con un (círculo) significa que esa variable tiene una **ÚNICA** opción de respuesta. Por el contrario las variables que están señaladas con un (cuadrado), significa que tiene **MÚLTIPLES** opciones de respuesta.
5. Escriba una letra o número por casilla.
6. Verifique que las variables Código de evento y nombre del evento, coincidan.
7. Verifique que las variables código de UPGD, número de identificación, tipo de documento y código del evento, estén diligenciadas correctamente, con el fin de evitar contratiempos en la notificación.
8. Recuerde que cuando el evento requiere datos complementarios es necesario diligenciar también la ficha de datos específicos "Cara B", la cual encontrará en la página web del INS, con el nombre del evento.
Excepciones: en los eventos Bajo peso al nacer y Muerte perinatal y neonatal tardía, los datos básicos corresponden a los datos de la madre.

1. INFORMACIÓN GENERAL			
VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
1.1 Código de UPGD	Diligencie el código de habilitación del prestador. Tenga en cuenta: Departamento: se relaciona con el código del departamento al que pertenece la institución (código DIVIPOLA del DANE) y corresponde a los dos primeros dígitos. Municipio: los tres dígitos sumados a los anteriores, identifican el municipio donde se encuentra ubicada la institución y corresponden al código DIVIPOLA del DANE. Código: el primer dígito de este grupo, corresponde al número asignado cuando la institución se encuentra en el registro de habilitación de prestadores de salud (REPS). Tenga en cuenta que si la UPGD pertenece a la Policía Nacional el dígito debe ser 7, si pertenece a fuerzas militares debe ser 8. Si son unidades informadoras que no tienen código de habilitación debe ser 9. Los cuatro dígitos siguientes son asignados por el departamento-municipio cuando son unidades informadoras; de lo contrario son asignados por el REPS. Sub-índice: identifica el número de sede al que pertenece la institución cuando la UPGD tiene más de una (la sede principal siempre es 01). Cuando terminan en 80, se relacionan con UPGD que pertenecen al ejército nacional; 81, a la Armada; 82, a la fuerza aérea; 83, hospital militar; 55 EAPB y 99, identifican los establecimientos penitenciarios y carcelarios.	Registre el código de habilitación por el módulo de caracterización de UPGD antes de iniciar la notificación. Recuerde clasificar la UPGD como Activa = SI, en el módulo de caracterización de UPGD.	SI
1.2 Nombre del evento	Nombre del evento y código de acuerdo al listado de clasificación establecido por el Instituto Nacional de Salud.	* Tener en cuenta que el nombre y el código del evento deben coincidir para evitar confusiones durante la sistematización.	SI
1.3 Fecha de notificación	Fecha en la que se está informando el evento al siguiente nivel por cualquier mecanismo, en especial para los eventos de notificación inmediata. Formato día-mes-año	* La fecha de notificación debe ser mayor o igual a la fecha de inicio de síntomas y a la fecha de consulta.	SI
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de identificación	Se relaciona con el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que está siendo notificado. Diligencie una sola opción en esta variable. Tenga en cuenta que si el paciente es menor de edad y no tiene identificación debiera ingresarlo como "MS" y el número de identificación debiera seguir las indicaciones del apartado 2.2. En caso que el paciente sea mayor de edad y no tiene identificación debiera ingresarlo como "AS" y el número de identificación debiera seguir las indicaciones del apartado 2.2.	* El tipo de documento debe ser consistente con la edad del paciente.	SI
2.2 Número de identificación	El estandar de longitud de caracteres del número de identificación acorde al tipo de identificación, se define en el "Diccionario de elemento de datos el estandar" lenguaje común de intercambio de información (MinTIC), de la siguiente manera: CC: entre 8 y 10 dígitos RC: entre 8 ó 10 ó 11 dígitos TI: 10 y 11 dígitos CE: menor a 7 dígitos <i>Menor sin identificación:</i> para este último ingrese el documento de la madre con el consecutivo respectivo al número de nacimiento. <i>Mayor sin identificación:</i> para mayores de 18 años utilice el código del Departamento + código de Municipio y el consecutivo definido por el Entidad Territorial o UPGD.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
2.3 Nombres y apellidos del paciente	Corresponde a los nombres y apellidos del paciente textual al documento de identificación.	* El primer nombre y primer apellido son obligatorios para el sistema, de lo contrario no le permitirá continuar con la sistematización de la información.	SI
2.4 Teléfono	Corresponde al número telefónico (fijo o celular) donde pueda ubicarse al paciente. Es necesario anteceder el número indicativo del departamento o distrito, ejemplo, para marcar a Bogotá, (1) 2302162. Tenga en cuenta que el diligenciamiento correcto de esta variable permitirá contactar al paciente en caso de ser requerido.	* Si no es posible obtener el número telefónico, diligencie esta variable "SIN INFORMACIÓN". De lo contrario se tomará arbitrariamente durante la sistematización de la ficha.	SI
2.5 Fecha de nacimiento	Para el evento de Bajo peso al nacer y mortalidad perinatal los datos en la ficha de datos básicos corresponden a los de la mamá. Formato día-mes-año.	El ingreso de la fecha de nacimiento permitirá el cálculo de la semana epidemiológica para Sífilis congénita y Síndrome de rubeola congénita.	NO
2.6 Edad	Reporte la edad cumplida. Si se desconoce indague por la fecha de nacimiento.	El sistema calcula la edad si se tiene la fecha de nacimiento.	SI
2.7 Unidad de medida de la edad	Cantidad estandarizada en la que se mide el tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento.	* En los casos donde el tipo de identificación sea CC, TI o CE se toma la unidad de medida 1. * Tenga en cuenta que la variable debe coincidir con el tipo de identificación del paciente, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. la unidad de medida 0="no aplica" solo puede ser utilizada para el evento 215 defectos congénitos, cuando el diagnóstico se realiza prenatal	SI
2.8 Sexo	Se relaciona con el sexo del paciente relacionado con la notificación. M = Masculino F = Femenino I = Indeterminado Los eventos Mortalidad Perinatal y Bajo Peso al Nacer capturan datos de la madre. El sexo I=Indeterminado aplica únicamente para Defectos Congénitos.	* Tener en cuenta que al sistematizar la información se digita la variable TAL CUAL aparece en la ficha de notificación, debido a que no existe una regla de validación que permita validarla con el nombre del paciente.	SI
2.9 Nacionalidad	Corresponde al estado o nación que pertenece una persona según su documento de identificación.	Seleccione el país correspondiente a la nacionalidad según la lista establecida.	SI
2.10 País de ocurrencia del caso	Indague al caso o familiar del mismo, respecto al país donde ocurrió la exposición al evento de interés en salud pública a notificar. Tenga en cuenta que la ocurrencia o procedencia corresponde al lugar geográfico donde posiblemente el paciente adquirió o al cual se atribuye la exposición al agente o factor de riesgo que ocasiono el evento. En los eventos transmisibles se deberán considerar los tiempos de incubación de la enfermedad.	* Tener en cuenta el diligenciamiento correcto de esta variable en la ficha, debido a que su ausencia se tomaría por defecto en el sistema como "país donde ocurre el caso : Colombia"	SI

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN
DATOS BÁSICOS**

2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia	Ingrese el nombre del departamento y municipio de donde proviene/ocurre el caso. Tenga en cuenta que la ocurrencia o procedencia corresponde al lugar geográfico donde posiblemente el paciente adquirió o al cual se atribuye la exposición al agente o factor de riesgo que ocasiono el evento. En los eventos transmisibles se deberán considerar los tiempos de incubación de la enfermedad.	Revisar que el Municipio coincida con el Departamento. Recuerde que pueden haber coincidencias en el nombre del Municipio en diferentes Departamentos.	SI
2.12 Área de ocurrencia del caso	<p>1. Cabecera Municipal: es el área geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por acuerdos del Concejo Municipal. Corresponde al lugar en donde se ubica la sede administrativa de un municipio.</p> <p>2. Centro Poblado: Se define como una concentración de mínimo veinte (20) viviendas contiguas, vecinas o adosadas entre sí, ubicada en el área rural de un municipio o de un Corregimiento Departamental.</p> <p>3. Rural Disperso: es el área que se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas y demás. <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i></p>	* Variable de única selección. No se puede ingresar al sistema más de una categoría.	SI
2.13 Localidad de ocurrencia	Ingrese el nombre de la localidad donde ocurrió el caso. Tenga en cuenta que esta variable aplica para los Distritos como Bogotá, Municipios como Medellín y Cali, entre otros; los cuales están sectorizados internamente según el departamento de planeación municipal. <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i>	* Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11 "cabecera municipal"	SI
2.14 Barrio de ocurrencia del caso	Ingrese el nombre del barrio donde ocurrió el caso. <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i>	* Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11 "cabecera municipal". La codificación depende de la tabla de barrios definidos por la entidad territorial.	SI
2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso	Nombre del área de ocurrencia del caso seleccionado en la variable 2.11 <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i>	* Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11	SI
2.16 Vereda/zona	Ingrese el nombre de la vereda o zona donde ocurrió el caso. <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i>	* Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11 "rural disperso"	SI
2.17 Ocupación del paciente	Describa claramente la ocupación principal de paciente (en el caso que aplique).	* La codificación de la ocupación está a partir de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO 88)	SI
2.18 Tipo de régimen en salud	Se relaciona con el régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, en el que se encuentra el caso que está siendo notificado o su acudiente. Variable de única respuesta. P= Excepción: regímenes de seguridad social de los afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol así como los servidores públicos de universidades públicas C= Contributivo: sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud. E= Especial: regímenes de seguridad social de los afiliados a la Policía Nacional, Fuerzas Militares, Armada, Fuerza Aérea. S= Subsidiado: El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. N= No asegurado I= Indeterminado/ pendiente: esta opción debe ser utilizada <u>exclusivamente para ajuste por las EAPB</u> , cuando el caso no corresponde a esta y requiere verificación en el nivel nacional	* Para la sistematización de la información, se toma una sola categoría de respuesta.	SI
2.19 Nombre de la administradora de salud	Ingrese el nombre de la empresa que presta los servicios de salud al caso la cual deberá ser acorde al tipo de régimen en salud.	* Para la sistematización de la información se tiene en cuenta el nombre de la administradora que debe coincidir con la categoría seleccionada en la variable 2.17	SI
2.20 Pertenencia étnica	"La pertenencia étnica se define como patrimonio cultural compartido por un grupo de personas", las definiciones para cada uno de los grupos étnicos son: Indígena: persona de ascendencia amerindia que comparten sentimientos de identificación con su pasado aborigen, manteniendo rasgos y valores propios de su cultura tradicional, así como formas de organización y control social propios. Si diligencia esta opción deberá elegir el grupo étnico al que pertenece. Rom, Gitano: Son comunidades que tienen una identidad étnica y cultural propia; se caracterizan por una tradición nómada, y tienen su propio idioma que es el romanés. Raizal: Población ubicada en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con raíces culturales afro-anglo-antillanas, cuyos integrantes tienen rasgos socioculturales y lingüísticos claramente diferenciados del resto de la población afrocolombiana. Palenquero: Población ubicada en el municipio de San Basilio de Palenque, departamento de Bolívar, donde se habla el palenquero, lenguaje criollo. Negro o afrocolombiano: persona de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado. Tenga en cuenta que esta variable se diligencia con base a lo que el paciente manifiesta, mas no a la percepción de quien está diligenciando la ficha.	* Para la sistematización de la información se tiene en cuenta la categoría única diligenciada en la variable. Variable con categoría única de respuesta.	SI
2.21 Estrato	Estrato socio-económico donde está ubicada la vivienda del paciente, estos son: 1. Bajo-bajo, 2. Bajo, 3. Medio-bajo, 4. Medio, 5. Medio-alto o 6. Alto	Variable con categoría única de respuesta.	SI
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente	La variable tiene múltiples opciones de respuesta que se pueden diligenciar dependiendo de lo referido por el paciente o de lo observado por quien esté diligenciando la ficha de notificación, a continuación se definen algunas poblaciones relevantes para tener mayor claridad: Migrante: persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia (OIM). Desmovilizado: Aquel que por decisión individual abandone voluntariamente sus actividades como miembro de organizaciones armadas al margen de la ley, esto es grupos guerrilleros y de autodefensa, y se entregue a las autoridades de la República (Decreto 128 de 2003). Desplazados: Personas o grupos de personas que han sido forzadas u obligadas a abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual, en particular como resultado de o para evitar los efectos del conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violaciones de derechos humanos o desastres naturales o causados por el hombre, y que no han cruzado fronteras reconocidas internacionalmente" (Naciones Unidas, documento E/CN.4/1992/23). Si no pertenece a algún grupo poblacional, se sugiere señalar la opción "otros grupos poblacionales".	* Para la sistematización de la información se hace necesario marcar la/s categorías de respuesta necesarias según corresponda. Si no pertenece a algún grupo se toma como "otros grupos poblacionales"	SI

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN
DATOS BÁSICOS**

3. NOTIFICACIÓN			
3.1 Fuente	Corresponde a la fuente de la notificación lo cual influye en el análisis de datos y en las acciones de vigilancia y control, las posibles fuentes son: 1. notificación rutinaria, 2. Búsqueda Activa Institucional, 3. Vigilancia intensificada y 4. Búsqueda Activa Comunitaria.		
3.2 Departamento y municipio de residencia del paciente	Nombre del departamento y municipio donde reside el paciente al momento de la notificación. Nota: <i>Para definir residencia acogemos el concepto de la Ley 1607 de 2012 que establece que una persona es residente de algún lugar geográfico si "permanece continua o discontinuamente en el país por más de ciento ochenta y tres (183) días calendario incluyendo días de entrada y salida.</i>		SI
3.3 Dirección de residencia	Dirección donde se encuentra ubicada la residencia del paciente al momento de la notificación acorde a los parámetros establecidos en el numeral 3.1.		SI
3.4 Fecha de consulta	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que consultó el paciente por el evento notificado.	* Para sistematizar la información tenga en cuenta que la fecha de consulta NO puede ser mayor a la fecha de notificación. Si esto sucede se tomará como error en el sistema y no se podrá continuar con la digitación de la ficha de notificación.	SI
3.5 Fecha de inicio de síntomas	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha del primer día en que el paciente inició síntomas del evento acorde a la definición de caso.	* Para sistematizar la información tenga en cuenta que la fecha de inicio de síntomas NO debe ser superior a la fecha de consulta y a la fecha de notificación. Si esto sucede se tomará como un error en el sistema y no se podrá continuar con la digitación de la ficha de notificación.	SI
3.6 Clasificación inicial del caso	En la notificación inicial, seleccione únicamente una categoría de la variable. Cada evento tiene una clasificación de caso específica, la cual es acorde a lo descrito en el protocolo. Es importante que aquellos eventos que ingresan probables y sospechosos, sean ingresados con esa clasificación ya que se entenderá que son detectados de forma oportuna, de lo contrario, es decir, si ingresan confirmados, corresponden a una falla en la pronta identificación del evento.	*Para la sistematización, los valores permitidos en esta variable dependen del evento que se va a notificar.	SI
3.7 Hospitalizado	Marque con una X la opción según corresponda. Hospitalización debida al evento que se está notificando.	* Ingrese la información solicitada, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso.	SI
3.8 Fecha de hospitalización	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que el paciente fue hospitalizado como consecuencia del evento que se está notificando.	* Tenga en cuenta que para la sistematización la fecha de hospitalización no puede ser inferior a la fecha de consulta, ni a la fecha de notificación.	SI
3.9 Condición final	Variable de única selección. 0 = Solo aplica cuando se capte el caso por BAI y se desconoce el dato, o para defectos congénitos cuando la unidad de medida es "0" 1 = Vivo 2 = Muerto Tenga en cuenta que es importante establecer si la muerte fue debida al evento de interés en salud pública para diligenciar esta variable.	* Tenga en cuenta que para la sistematización de la información se debe diligenciar la condición final del paciente al momento de la notificación, la cual se derive del evento que se está notificando.	SI
3.10 Fecha de defunción	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que el paciente fallece como consecuencia del evento que se está notificando.	* Se diligencia dependiendo de la respuesta de la variable 3.8 "2 = Muerto".	SI
3.11 Número de certificado de defunción	Número consecutivo que aparece en la parte superior derecha del certificado de defunción diligenciado si la "3.8 Condición final" es 2 = Muerto"	* Se diligencia dependiendo de la respuesta de la variable 3.8 "2 = Muerto". Debe estar diligenciado el registro, de lo contrario el sistema no permitirá contiar con la sistematización de la ficha.	SI
3.12 Causa básica de muerte	Diagnóstico CIE X, que ocasionó la muerte del caso y que esta relacionado con el evento de interés en salud pública.	* Se diligencia una vez la respuesta de la variable 3.8 sea "2 = Muerto"	SI
3.13 Nombre de profesional que diligencia la ficha	Nombre de la persona que diligenció la ficha de notificación en la UPGD o UI	* Para la sistematización de la información debe diligenciar los datos solicitados, de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la ficha de notificación.	SI
3.14 Teléfono	Número telefónico de contacto de la persona que realiza la notificación, preferiblemente el número celular para poder contactarlo en caso de ser requerido.	* Para la sistematización de la información debe diligenciar los datos solicitados, de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la ficha de notificación.	SI
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES			
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso	Estos son los valores que se relacionan para definir la clasificación final del caso, posterior de obtener resultados de laboratorio o análisis del caso. Corresponde a la clasificación definitiva del caso. 0 = No aplica (es el valor por defecto del sistema si el caso es nuevo o no ha sido ajustado) 3 = Confirmado por laboratorio 4 = Confirmado por clínica 5 = Confirmado por nexo epidemiológico 6= Descartado: puede ser por criterio epidemiológico, por laboratorio, porque no cumple la condición del caso, etc. 7 = Otra actualización: quiere decir que se puede modificar cualquier campo excepto código de evento, Upgd, numero de id, fecha de notificación. Esto, después de haber notificado el caso. D = Error de digitación por las siguientes razones: - el evento notificado es errado, por ejemplo, se digitaron los datos para el evento parotiditis y realmente se trataba de un caso de varicela. - cuando al menos una de las variables de la llave primaria (código de evento, año, semana epidemiológica, código de prestador, código sub-índice del prestador, tipo de identificación y número de identificación) fueron mal digitadas, ya que es posible modificarlas una vez hayan sido notificadas (generación del archivo plano).	Los tipos de ajuste permisos y los tiempos para el ajuste de casos, se encuentran definidos en los protocolos de vigilancia en salud pública.	SI
4.2 Fecha de ajuste	Fomato día/mes/año; corresponde a la fecha en la que se ajustó la clasificación inicial del caso.		SI

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS
TUBERCULOSIS cód INS 813**

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. * Para el evento el número de identificación debe ser e de la madre. * El tipo y número de documento debe coincidir con la información ingresada en la ficha de datos básicos.	SI
5. CLASIFICACIÓN DE LA TUBERCULOSIS			
5.1. Condición	Marque con una X la opción según corresponda. 1. Sensible: un resultado sensible fenotípicamente no descarta una resistencia, se deben hacer estudios genotípicos. 2. Resistente: Diligenciar en caso de contar con un resultado fenotípico o genotípico que demuestre la resistencia.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
5.2 Tipo de Tuberculosis	Marque con una X la opción según corresponda: 1= Pulmonar: Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB, que implica el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial. La TB miliar se clasifica como TBP porque hay lesiones en los pulmones. 2 = Tuberculosis extrapulmonar (TBE): Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB que involucra otros órganos que no sean los pulmones. Un paciente con TB pulmonar y extrapulmonar debe notificarse y clasificarse como un caso de TBP. Circular 007 de 2015. Anexo Definiciones. MSPS.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
5.3 Localización de la tuberculosis extrapulmonar	De acuerdo al tipo de tuberculosis extrapulmonar, identifique la localización específica: <u>todo caso Extrapulmonar se le debe realizar cultivo.</u>	Variable que depende de la categoría seleccionada en la variable 5.2 Tipo de tuberculosis, opción 2 = Extrapulmonar. OBLIGATORIA	SI
6. CLASIFICACIÓN DE CASO BASADO EN LA HISTORIA DEL TRATAMIENTO			
6.1 Según antecedentes de tratamiento	El tipo de caso de Tuberculosis se relaciona con la clasificación a partir de la existencia o no de antecedentes de tratamiento previos, indiferentemente del tiempo en que se haya tomado el tratamiento. Por lo anterior marque con una X la opción según corresponda. 1 = Nuevo: paciente que nunca a recibido ningún medicamentos para tratamiento de la tuberculosis, tanto de primera como de segunda línea establecidos por el programa nacional del MSPS 2= Previamente tratados: pacientes que han recibido tratamiento para tuberculosis en el pasado y regresan nuevamente con condición de enfermos por tuberculosis, ya sea sensible o resistente, los medicamentos puede ser de primera o segunda línea se pueden presentar cuatro condiciones: Circular 007 de 2015. Anexo Definiciones. MSPS.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
6.2 Previamente tratado	Marque con una X la opción según corresponda: 2 = Tras Recaída: Paciente que fue declarado curado o tratamiento terminado al final de su último ciclo de tratamiento y ahora es diagnosticado con un episodio recurrente de TB (ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de TB causado por reinfección) 3 = Tras Fracaso: Paciente cuyo tratamiento fracasó (paciente con TB cuya baciloscopia o cultivo de esputo es positivo al final del mes 4 o posterior durante el tratamiento). 4 =Recuperado tras pérdida al seguimiento: Paciente declarado pérdida al seguimiento al final de su tratamiento más reciente. 5 = Otros pacientes previamente tratados: Paciente cuyo resultado después de tratamiento más reciente es desconocido o indocumentado. Circular 007 de 2015. Anexo Definiciones. 6= Tratamiento con medicamento de 1era línea (HRZE) 7= Tratamiento con medicamento de 2da línea	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
7. INFORMACIÓN ADICIONAL			
7.1 ¿El paciente es trabajador de la salud?	Marque con una X si el paciente es trabajador de la salud, si la respuesta es afirmativa escribir su ocupación		
7.2. Paciente cuenta con diagnostico confirmado de VIH?	Marque con una X la opción según corresponda, se define como los paciente que ya presentan estado serologico conocido para VIH y estan positivos. 1 = Si 2 = No	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
7.3 Peso actual Kg	Escriba el peso actual del paciente en Kg	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
7.4 Talla actual mts	Escriba la talla actual del paciente en Mts	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
7.5 IMC (índice masa corporal)	El índice de masa corporal se calcula automáticamente.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
8. CONFIGURACIÓN DE CASO.			
8.1. Datos de laboratorio			
Baciloscopia	Marque con una X la opción según corresponda si se realizó baciloscopia 1 = Si 2 = No	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS
TUBERCULOSIS cód INS 813**

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
Resultado Baciloscopia	Marque el resultado de la baciloscopia con una X, según corresponda. 1. Positivo: a partir de una 1(+) se considera positiva. 2. Negativo: Ausencia de bacterias (-)	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
Cultivo	Marque con una X la opción según corresponda si se realizó cultivo 1 = Si 2 = No	En caso de tener resultado de cultivos marcar según corresponda, de lo contrario no podrá continuar.	SI
Resultado Cultivo	Marque con una X la opción según corresponda: 1 = Positivo 2 = Negativo 3 = En proceso	En caso de tener resultado de cultivos marcar según corresponda, de lo contrario no podrá continuar.	SI
Prueba molecular	Marque con una X la opción según corresponda si se realizó prueba molecular 1 = Si 2 = No	En caso de tener resultado de prueba molecular, marcar según corresponda, de lo contrario no podrá continuar.	SI
Resultado prueba molecular para la confirmación del caso	Marque con una X la opción según corresponda 1 = Positivo 2 = Negativo	En caso de tener resultado de prueba molecular, marcar según corresponda, de lo contrario no podrá continuar.	SI
Nombre de la Especie identificada	Escriba la especie según corresponda marque con una X. o 1. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , o 2. <i>Mycobacterium bovis</i> , o 3. <i>Mycobacterium africanum</i> , o 4. <i>Mycobacterium microti</i> , o 5. <i>Mycobacterium canettii</i>	En caso de tener identificación de la especie, marcar según corresponda.	SI
Histopatología	Marque con una X la opción según corresponda si se realizó la histopatología 1 = Si 2 = No	En caso de tener resultado de prueba histológica, marcar según corresponda.	SI
Resultado Histopatología	Marque con una X según corresponda 1 = Positivo 2 =Negativo	En caso de tener resultado de prueba histológica, marcar según corresponda.	SI
Resultado prueba de sensibilidad a fármacos (PSF)	Se refiere a los resultados que se obtienen de la realización de pruebas de sensibilidad las cuales pueden ser moleculares o estandarizadas y avaladas por la RNL. Marque con una X según corresponda. o 1. Positivo o 2. Negativo	Por tal razón tenga en cuenta el correcto diligenciamiento de los resultados en las variables anteriores.	SI
8.2 Ayudas utilizadas para la configuración de caso			
Cuadro clínico	Caso compatible de tuberculosis con baciloscopia o cultivo o prueba molecular negativos, que cumple con criterio clínico, radiológico o prueba de tuberculina positiva, y en quien el médico ha decidido iniciar tratamiento antituberculosis Marque con una X la opción según corresponda 1 = Si 2 = No	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
Nexo epidemiológico	Caso compatible de tuberculosis con criterio bacteriológico negativo, que presenta criterios clínico y epidemiológico positivos, y en quien el medico ha decidido iniciar tratamiento antituberculosis. Marque con una X la opción según corresponda 1 = Si 2 = No	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	NO
Radiológico	El estudio radiológico de tórax es una ayuda diagnóstica útil que, aunque poco específica, es muy sensible; puede hacer que el caso se compatible de la enfermedad mediante la correlación con la clínica en los casos probables de tuberculosis, sin embargo, el estudio radiológico anormal de tórax no constituye diagnóstico, por lo tanto, siempre debe realizarse de forma simultánea con las pruebas bacteriológicas o histopatológicas Marque con una X la opción según corresponda 1 = Si 2 = No .	Marcar según corresponda si hubo o no estudio radiológico.	SI
ADA	La prueba de adenosina deaminasa ADA, se usa de ayuda diagnostica para la configuración del caso. Marque SI cuando se realice la prueba y su resultado es POSITIVO, Marque NO cuando se realice la prueba y su resultado es NEGATIVO	Marcar según corresponda si el resultado es positivo o negativo ADA.	SI
Tuberculina	Esta prueba solo indica infecciones por micobacterias. Puede considerarse como criterio de diagnóstico de enfermedad cuando el médico ha decidido iniciar tratamiento antituberculosis que cumple con criterio clínico y radiológico. Marque SI cuando se realice la prueba y su resultado es interpretado como POSITIVO. Marque NO cuando se realice la prueba y su resultado es interpretado como NEGATIVO.	En caso de que exista prueba de tuberculina marcar según corresponda.	NO
8.3 Comorbilidades - condiciones especiales para el manejo			

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS
TUBERCULOSIS cód INS 813**

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
Coomorbilidad- condiciones especiales para el manejo	Hace referencia a otras patologías que tenga el paciente. Marque con una X las que aplique al paciente. <ul style="list-style-type: none"> o Diabetes o Silicosis o Enfermedad renal o EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva cronica) o Enfermedad hepática o Cáncer o Artritis reumatoide o Desnutrición o Otra 	Marca una o varias opciones que corresponda.	SI
Clasificación de caso según tipo de resistencia.			
8.4 Fecha de confirmación (dd/mm/aaa)	Escriba la fecha de confirmación del caso de tuberculosis farmacoresistente	Variable dependiente del bloque de resultados del caso farmacoresistente	SI
8.5 Clasificación de caso según tipo de resistencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monoresistencia: Paciente con tuberculosis causada por M. tuberculosis cuyas pruebas de sensibilidad muestran un patrón de resistencia a un medicamento anti TB de primera línea . 2. MDR - (H,R): Paciente con tuberculosis causada por M. tuberculosis, cuyas pruebas de sensibilidad muestran un patrón de resistencia in vitro, tanto a isoniazida (H), como a rifampicina (R) simultáneamente 3. Poliresistente (S,H,E,Z): Paciente con tuberculosis causada por M. tuberculosis, cuyas pruebas de sensibilidad muestran un patrón de resistencia in vitro a más de un fármaco antituberculoso diferente de H y R simultáneamente. 4.XDR (Quinolonas e Inyectables): Paciente con tuberculosis resistente a múltiples medicamentos, debe tener resistencia in vitro a H y R simultáneamente y ser resistentes a una fluoroquinolona y a un inyectable de segunda línea simultáneamente. 5. En proceso de clasificación. 6. Resistencia a rifampicina (RR): Incluye resistencia a la rifampicina ya sea monoresistencia, multidrogoresistencia, polirresistencia o extensamente resistente. 7. pre XDR (Quinolonas o inyectables): Paciente con tuberculosis resistente a múltiples medicamentos, debe tener resistencia in vitro a H y R simultáneamente y ser resistentes a una fluoroquinolona o a un inyectable de segunda línea pero no a ambas. 8. en proceso de clasificación 	En caso de que exista resultado de prueba molecular, según especie marcar según corresponda.	SI