



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

1.1 Código de la UPGD *

DepartamentoMunicipioCódigoSub-Índice

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *

1.2 Nombre del evento *

Código del evento

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *

2.2 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 | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNE DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente *

2.4 Teléfono *

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

2.6 Edad *

2.7 Unidad de medida de la edad *

2.8 Nacionalidad *

2.9 Sexo *

2.10 Identidad de género

2.11 Orientación sexual

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso

2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia

2.19 Ocupación del paciente *

2.20 Tipo de régimen en salud *

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *

2.22 Pertenencia étnica *

2.23 Estrato

2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *

3.3 Dirección de residencia *

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)

3.6 Clasificación inicial de caso *

3.7 Hospitalizado *

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

3.9 Condición final *

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *

3.14 Teléfono del profesional *

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)



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

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

Cod INS 549. Morbilidad materna extrema

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. SISTEMA DE REFERENCIA

5.1 ¿La paciente ingresa remitida de otra institución? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.2 Institución de referencia 1	5.3 Institución de referencia 2	5.4 Tiempo del trámite de remisión <div><div></div><div></div></div> Horas
---	---------------------------------	---------------------------------	---

6. CARACTERÍSTICAS MATERNAS

6.1 Número de gestaciones <div><div></div><div></div></div>	6.2 Partos vaginales <div><div></div><div></div></div>	6.3 Cesáreas <div><div></div><div></div></div>	6.4 Abortos <div><div></div><div></div></div>	6.5 Molas <div><div></div><div></div></div>	6.6 Ectópicos <div><div></div><div></div></div>	6.7 Muertos <div><div></div><div></div></div>
6.8 Vivos <div><div></div><div></div></div>	6.9 Fecha de terminación de la última gestación (dd/mm/aaaa) <div><div></div><div></div><div>-</div><div></div><div></div><div>-</div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Incluya el embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores				
		6.11. Número de controles prenatales <div><div></div></div>		6.12 Semanas al inicio CPN <div><div></div></div>		
6.13 Terminación de la gestación <input type="radio"/> 1. Aborto <input type="radio"/> 3. Parto instrumentado <input type="radio"/> 5. Continúa embarazada <input type="radio"/> 2. Parto <input type="radio"/> 4. Cesárea				6.15 Momento de ocurrencia con relación a terminación de gestación <input type="radio"/> 1. Antes <input type="radio"/> 2. Durante <input type="radio"/> 3. Después		

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

7.1. Relacionados con disfunción de órgano					
7.1.1 Cardiovascular	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.4 Cerebral	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	TOTAL DE CRITERIOS <div><div></div><div></div></div> (Valor calculado de forma automática)	
7.1.2 Renal	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.5 Respiratoria	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		
7.1.3 Hepática	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.6 Coagulación/Hematológica	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		
7.2. Relacionados con enfermedad específica					
7.2.1 Eclampsia	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.4 Hemorragia obstetrica severa	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		
7.2.2 Preeclamsia severa	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.5 Ruptura uterina	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		
7.2.3 Sepsis o infección sistémica severa	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No				
7.3. Relacionados con el manejo		7.3.1. Cirugía adicional <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No			

8. DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO

8.1. Si en el numeral 7.3.1 marcó SI, indique que cirugía		8.2 Fecha de egreso (dd/mm/aaaa)	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
CIRUGIA 1 <input type="radio"/> 1. Histerectomía <input type="radio"/> 2. Laparatomía <input type="radio"/> 3. Legrado <input type="radio"/> 4. Otra	CIRUGIA 2 <input type="radio"/> 1. Histerectomía <input type="radio"/> 2. Laparatomía <input type="radio"/> 3. Legrado <input type="radio"/> 4. Otra	8.3 Días de estancia hospitalaria	<div><div></div></div>
Cuál? _____	Cuál? _____	8.4 Egreso	<input type="radio"/> 1. Sale para la casa <input type="radio"/> 2. Sale remitida
Fecha de egreso – fecha de hospitalización (Valor calculado de forma automática)			

9. CAUSAS DE MORBILIDAD

9.1 Causa principal (CIE 10):	Código	<div><div></div></div>
9.1.1 Causa principal agrupada (Calculado de forma automática de acuerdo con lo registrado en 9.1) <input type="radio"/> 1. Trastornos hipertensivos <input type="radio"/> 2. Complicaciones hemorrágicas <input type="radio"/> 3. Complicaciones de aborto <input type="radio"/> 4. Sepsis de origen obstétrico <input type="radio"/> 5. Sepsis de origen no obstétrico <input type="radio"/> 6. Sepsis de origen pulmonar <input type="radio"/> 7. Enfermedad preexistente que se complica <input type="radio"/> 8. Otra causa		
Causas asociadas	Código	<div><div></div></div>
9.2 Causa asociada 1 (CIE 10):	Código	<div><div></div></div>
9.3 Causa asociada 2 (CIE 10):	Código	<div><div></div></div>
9.4 Causa asociada 3 (CIE 10):	Código	<div><div></div></div>

**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. Las variables que son obligatorias (identifíquelas por el asterisco que las acompaña) deben venir diligenciadas en la ficha.
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 el evento 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 incluidas las Unidades Especiales del ICBF y los Centros de Recuperación Nutricional. Los cuatro dígitos siguientes son asignados por el departamento-municipio cuando son unidades informadoras; de lo contrario son asignados por el REPS. Para las Unidades Especiales del ICBF utilice como complemento los 4 dígitos 9999 y los Centros de recuperación nutricional utilice como complemento los 4 dígitos 0000 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, 99, identifican los establecimientos penitenciarios y carcelarios; 76, identifican a las Unidades Especiales del ICBE; y 85, a los Centros de Recuperación Nutricional.	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 documento	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 estándar de longitud de caracteres del número de identificación acorde al tipo de identificación, se define en el "Diccionario de elemento de datos el estándar" lenguaje común de intercambio de información (MinTIC), de la siguiente manera: RC: entre 8 ó 10 ú 11 dígitos TI: 10 y 11 dígitos CC: entre 8 y 17 dígitos CE: menor a 11 dígitos PA: menor a 19 dígitos MS: para este último ingrese el documento de la madre con el consecutivo respectivo al número de nacimiento. AS: para mayores de 18 años utilice el código del Departamento + código de Municipio y el consecutivo definido por el Entidad Territorial o UPGD. Tenga en cuenta que en el módulo de captura en línea el sistema asignará un número cuando seleccione este tipo de documento. PE: menor a 18 dígitos CN: menor de 20 dígitos CD: 14 dígitos SC: 12 dígitos DE: 19 dígitos PT: 10 dígitos En adopción de la Circular Externa 000029 del 16 de agosto de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se incluye validación para la identificación de extranjeros de acuerdo al estándar internacional ISO 3166-1 para los siguientes tipo de documento: en CE, PA, AS, MS, CD, SC, DE y PT de esta manera se aumenta la longitud de captura en 3 dígitos más para cada uno.	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 permitira 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 mortalidad perinatal y neonatal tardía los datos en la ficha de datos básicos corresponden a los de la mama. 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 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

2.9 Sexo	Se relaciona con el sexo biológico del paciente relacionado con la notificación. M = Hombre F = Mujer 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
2.10 Identidad de género	Las siguientes definiciones fueron tomadas de la "Guía para la inclusión del enfoque diferencial e intersectorial del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE. Identidad de género: hace referencia a la vivencia individual y personal del género. Es independiente del sexo asignado al momento del nacimiento. Incluye la vivencia personal del cuerpo, que puede o no involucrar transformaciones corporales escogidas libremente. Incluye también otras expresiones de género, tales como la forma de vestir, el modo de hablar y la expresión corporal. Seleccione las una de las siguientes categorías: 1. Hombre 2. Mujer 3. Hombre trans: el término trans engloba a todas aquellas personas que se identifican con un género diferente al asignado al nacer o que expresan su identidad de género de manera no normativa. Para esta categoría puede entenderse como persona de sexo mujer asignado al nacer que ha hecho la transición a hombre 4. Mujer trans: el término trans engloba a todas aquellas personas que se identifican con un género diferente al asignado al nacer o que expresan su identidad de género de manera no normativa. Para esta categoría puede entenderse como persona de sexo hombre asignado al nacer que ha hecho la transición a mujer 5. Otra: categoría que permite diligenciar otras identidades de género que no se encuentran listadas Si selecciona la opción "Otra" diligencie en el campo ¿Cuál otra? la identidad de género que no corresponde a las categorías predefinidas	* 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 otras variables.	NO
2.11 Orientación sexual	Las siguientes definiciones fueron tomadas de la "Guía para la inclusión del enfoque diferencial e intersectorial del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE. Orientación sexual: se trata de la atracción sexual, afectiva y erótica que una persona siente hacia otras de su mismo género, del género opuesto, de ambos o que no sienten atracción por ninguno de los géneros. También hace referencia a la capacidad de mantener relaciones afectivas y sexuales con esas personas. Por lo tanto, se habla de mujeres lesbianas, de hombres gay y de personas heterosexuales, homosexuales, bisexuales o asexuales. Seleccione las una de las siguientes categorías: 1. Heterosexual: hace referencia a las personas que se sienten atraídas afectiva y eróticamente hacia personas del sexo opuesto 2. Gay/Lesbiana: hace referencia a personas que se sienten atraídas afectiva y eróticamente hacia personas del mismo sexo. Popularmente se emplean los términos: gay para el hombre y lesbiana para la mujer 3. Bisexual: hace referencia a personas que se sienten atraídas afectiva y eróticamente hacia personas de varios sexos 4. Otra: categoría que permite diligenciar otras orientaciones sexuales que no se encuentran listadas Si selecciona la opción "Otra" diligencie en el campo ¿Cuál otra? la orientación sexual que no corresponde a las categorías predefinidas	* 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 otras variables.	NO
2.12 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 ocasionó 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
2.13 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 ocasionó 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
2.14 Área de ocurrencia del caso	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. 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. 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>	* Variable de única selección. No se puede ingresar al sistema más de una categoría.	SI
2.15 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 o los municipios como Medellín, 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
2.16 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
2.17 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso	Nombre del área de ocurrencia del caso seleccionada 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
2.18 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
2.19 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
2.20 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: régimen 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
2.21 Nombre de la administradora de salud	Ingrese el nombre de la Empresa Aseguradora de Planes de Beneficios a la que se encuentra afiliado el paciente. Recuerde que se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada; sin embargo, para la estadística de vigilancia en salud pública nacional prima la EAPB primaria (Plan Obligatorio de Salud), por lo cual deberá almacenar esta en el campo.	* 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 2.18	SI

2.22 Pertenencia étnica	<p>"La pertenencia étnica se define como patrimonio cultural compartido por un grupo de personas", las definiciones para cada uno de los grupos étnicos son":</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Palenquero: Población hubicada en el municipio de San Basilio de Palenque, departamento de Bolívar, donde se habla el palenquero, lenguaje criollo.</p> <p>Negro o afrocolombiano: persona de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, y tienen sus propias tradiciones y costumbre dentro de la relación campo-poblado.</p> <p>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.</p>	<p>* Para la sistematización de la información se tiene en cuenta la categoría única diligenciada en la variable.</p> <p>Variable con categoría única de respuesta.</p>	SI
2.23 Estrato	<p>Estra socio-económico donde esta ubicada la vivienda del paciente, estos son:</p> <p>1. Bajo-bajo, 2. Bajo, 3. Medio-bajo, 4. Medio, 5. Medio-alto o 6. Alto</p>	Variable con categoría única de respuesta.	SI
2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente	<p>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:</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>Si no pertenece a algún grupo poblacional, se sugiere señalar la opción "otros grupos poblacionales".</p>	<p>* 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"</p>	SI
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 (en registros administrativos), 3. Vigilancia intensificada, 4. Búsqueda Activa Comunitaria y 5. Investigaciones		
3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente	<p>Nombre del departamento y municipio donde reside el paciente al momento de la notificación.</p> <p><i>Nota: Para definir residencia acogemos el concepto de la Ley 1607 de 2012 que establece que una persona es residente de algun lugar geográfico si "permanece continua o discontinuamente en el pais por más de ciento ochenta y tres (183) dias calendario incluyendo dias de entrada y salida.</i></p>		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 3.2		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	<p>En la notificación inicial, seleccione únicamente una categoría de la variable.</p> <p>Cada evento tiene una clasificación de caso específica, la cual es acorde a lo descrito en el protocolo.</p> <p>Es importante que aquellos eventos que ingresan probables y sospechosos, sean ingresados con esa clasificación ya que se entendera que son detectados de forma oportuna, de lo contrario, es decir, si ingresan confirmados, corresponden a una falla en la pronta identificación del evento.</p>	*Para la sistematización, los valores permitidos en esta variable dependen del evento que se va a notificar.	SI
3.7 Hospitalizado	<p>Marque con una X la opción según corresponda.</p> <p>Hospitalización debida al evento que se está notificando.</p>	* 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	<p>Variable de única selección.</p> <p>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"</p> <p>1 = Vivo</p> <p>2 = Muerto</p> <p>Tenga en cuenta que es importante establecer si la muerte fue debida al evento de interés en salud pública para diligenciar esta variable.</p>	* 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 esta notificando. Se debe diligenciar si en la variable "3.8 Condición final" es 2 = Muerto"	* 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 contiuar 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	<p>Estos son los valores que se relacionan para definir la clasificación final del caso, posterior de obtener resultados de laboratorio o análisis del caso.</p> <p>Corresponde a la clasificación definitiva del caso.</p> <p>0 = No aplica (es el valor por defecto del sistema si el caso es nuevo o no ha sido ajustado)</p> <p>3 = Confirmado por laboratorio</p> <p>4 = Confirmado por clinica</p> <p>5 = Confirmado por nexo epidemiológico</p> <p>6= Descartado: puede ser por criterio epidemiológico, por laboratorio, porque no cumple la condición del caso, etc.</p> <p>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.</p> <p>D = Error de digitación por las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 permitos 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
MME (Cód INS: 549)

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
A. Nombres y apellidos del paciente B. Tipo de ID C. Número 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.	* 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
Fecha de consulta	PARA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA LA FECHA DE CONSULTA Y DE HOSPITALIZACIÓN HACE REFERENCIA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE AL MENOS UNO DE LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS PARA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA.		SI
Fecha de hospitalización			SI
5. SISTEMA DE REFERENCIA			OBLIG
5.1 ¿La paciente ingresa remitida de otra Institución?	Al momento de la presentación del caso, verifique si la paciente fue remitida desde otra institución de salud. Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si 2 = No	Señale la opción según corresponda. Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
5.2 Institución de referencia 1	Diligencie el nombre de la institución desde donde se realizó la remisión del paciente.	Ingrese el nombre de la institución desde donde fue remitida la paciente, y marque en la tabla de referencia el código de la institución, según corresponda. Tenga en cuenta que debe existir coincidencia entre el nombre y el código. OBLIGATORIA si la respuesta en la variable 5.1 es SI.	NO
5.3 Institución de referencia 2	Diligencie el nombre de la institución desde donde se realizó la remisión de la paciente hacia la institución 1.	Ingrese el nombre de la institución desde donde fue remitida la paciente, y marque en la tabla de referencia el código de la institución, según corresponda. Tenga en cuenta que debe existir coincidencia entre el nombre y el código.	NO
5.4 Tiempo del trámite de remisión	Ingrese en horas, el tiempo que duró el proceso administrativo que autoriza la remisión, en el caso que la paiente haya sido remitida.	Variable que se activa al ingresar en la variable 5.1 opción Si	NO
6. CARACTERÍSTICAS MATERNAS			
6.1 a 6.8	Ingrese el dato en valores absolutos según corresponda.	Variable con rango entre 0 a 19	SI
6.9 Fecha de terminación de la última gestación	En la situación en que el caso halla tenido un embarazo previo al relacionado con el evento, ingrese la fecha en la que fue la terminación del mismo.	Variable depende de la respuesta de variable "6.1 Número de gestaciones". Variable que se activa cuando ingresa en la variable 6.1 = 1 (SI)	NO
6.11. Número de controles prenatales	Ingrese el dato en valores absolutos según corresponda.	Variable con rango entre 0 a 50	SI
6.12 Semanas al inicio de CPN	Ingrese en números absolutos, las semanas de gestación que tenía al iniciar los controles prenatales. Incluya información del embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores.	Variable que tiene valores entre 0 a 40. Depende de la respuesta ingresada en la variable "6.1. Número de gestaciones"	SI
6.13 Terminación de la gestación	Marque con una X la opción según corresponda. Tenga en cuenta que la respuesta se relaciona con el medio por el cual terminó el embarazo. De no ser así marque la opción 5. Incluya información del embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
6.14 Edad de gestación al momento de la ocurrencia	Ingrese en números absolutos, la edad gestacional en semanas al momento de presentarse el evento. Incluya información del embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores.	Indique en números absolutos la edad gestacional en semanas. Variable que permite valores entre 1 hasta 50.	SI
6.15 Momento de ocurrencia con relación a terminación de gestación	Marque con una X la opción según corresponda. Se relaciona con el momento en el que ocurrió el evento relacionado con el parto o terminación de la gestación. Incluya información del embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN			OBLIG
7.1 Relacionados con disfunción de órgano	Tenga en cuenta las opciones que tiene la variable, de las cuales la paciente puede presentar más de un criterio. Marque 1=Si, en las que presente la paciente.	Variable que debe ser diligenciada a partir de los eventos presentados por el caso.	SI
7.2 Relacionados con enfermedad específica		En el sistema debe marcar Si o No según la respuesta.	
7.3 Relacionados con el manejo		Tenga en cuenta que para clasificar el caso como una Morbilidad Materna Extrema, debe cumplir al menos uno de los criterios de inclusión establecidos en el protocolo.	
Total criterios	La herramienta Sivigila calcula de forma automática el número de criterios del caso, teniendo en cuenta la sumatoria de los criterios anteriormente mencionados	Cálculo automático. Valor mínimo permitido 1 Valor máximo permitido 14	SI
8. DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO			OBLIG
8.1. Si en el numeral 7.3.1 marcó SI, indique que cirugía	Marque con una X la opción según corresponda	Se activa y es OBLIGATORIA si la respuesta a la variable "7.3.1 "Cirugía adicional es 1 = Si	NO
¿Cuál otra?	Mencione textualmente el procedimiento quirúrgico recibido.	Depende de la respuesta de la variable 8.4 opción 4 = Otra.	NO
Cirugía adicional 2	Marque con una X la opción según corresponda. Si la paciente recibió dos procedimientos quirúrgicos durante la presencia del evento, marque en cada una de las opciones 1 y 2 el tipo de cirugía realizada, de lo contrario deje en blanco.	Depende de la respuesta de la variable 7.3 Manejo específico, categoría 7.3.1 opción 1 = Si.	NO
¿Cuál otra?	Mencione textualmente el procedimiento quirúrgico recibido.	Depende de la respuesta de la variable 8.4 opción 4 = Otra.	NO
8.2 Fecha de egreso	Formato día-mes-año. Ingrese la fecha en la que la paciente salió de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.		SI

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS
MME (Cód INS: 549)

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
8.3 Días de estancia hospitalaria	La herramienta Sivigila calcula de forma automática los días de estancia hospitalaria, teniendo en cuenta la diferencia entre la fecha de egreso y la fecha de hospitalización. Para su cálculo ambas fechas deben estar diligenciadas.	Variable numérica que permite valores mayores o igual a 1. Es importante aclarar que los días de estancia hospitalaria corresponde al total de días hospitalización en la institución de salud, independiente del servicio en el que estuvo hospitalizado. Corresponde a la diferencia entre la fecha de egreso y la fecha de hospitalización.	SI
8.4 Egreso	Ingrese tipo de egreso que tuvo la paciente: 1. Sale para la casao 2. Sale remitida	Diligencie la variable según el egreso de la paciente en su institución de salud	NO
9. CAUSAS DE MORBILIDAD			OBLIG
9.1 Causa principal CIE 10	Ingrese el nombre del diagnóstico de la causa principal de morbilidad, al egreso hospitalario de la paciente.	De acuerdo con tabla de CIE 10 que se encuentra en el sistema.	SI
9.1.1 Causa principal agrupada	Las opciones de que puede marcar con una X según corresponda el código CIE10 registrado en la causa principal de la MME (ver Documento 3. Códigos CIE10 para causa agrupada MME) 1. Trastornos hipertensivos 2. Complicaciones hemorrágicas 3. Complicaciones del aborto 4. Sepsis de origen obstétrico 5. Sepsis de origen no obstétrico 6. Sepsis de origen pulmonar 7. Enfermedad preexistente que se complica 8. Otra causa	Diligencie el espacio según corresponda, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
9.2 Causa asociada (CIE 10)	Ingrese diagnóstico de la causa asociada 2 de la morbilidad, al egreso hospitalario de la paciente.	De acuerdo con tabla de CIE 10 que se encuentra en el sistema.	NO
9.3 Causa asociada (CIE 10)	Ingrese diagnóstico de la causa asociada 3 de la morbilidad, al egreso hospitalario de la paciente.	De acuerdo con tabla de CIE 10 que se encuentra en el sistema.	NO
9.4 Causa asociada (CIE 10)	Ingrese diagnóstico de la causa asociada 4 de la morbilidad, al egreso hospitalario de la paciente.	De acuerdo con tabla de CIE 10 que se encuentra en el sistema.	NO