

**VIH / S i d a | Código INS 850**

V.2007,1	<b>RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS</b>	
A. NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE (OPCIONAL EN CARA A Y B)	B. TIPO DE ID.*	C. No. DE IDENTIFICACIÓN
* TIPO DE ID: 1 - RC : REGISTRO CIVIL   2 - TI : TARJETA DE ID   3 - CC : CÉDULA CIUDADANÍA   4 - CE : CÉDULA EXTRANJERÍA   5 - PA : PASAPORTE   6 - MS : MENOR SIN ID   7 - AS : ADULTO SIN ID		

<b>4. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>				
4.1. MECANISMOS PROBABLES DE TRANSMISIÓN:				
SEXUAL:		VERTICAL:		
<input type="checkbox"/> 1 HETEROSEXUAL	<input type="checkbox"/> 2 HOMOSEXUAL	<input type="checkbox"/> 3 BISEXUAL	<input type="checkbox"/> 4 PERINATAL	<input type="checkbox"/> 5 LACTANCIA
SANGUINEO:		OTROS:		
<input type="checkbox"/> 6 TRANSFUSIÓN SANGUINEA	<input type="checkbox"/> 7 USUARIOS DROGAS IV	<input type="checkbox"/> 8 NO DEFINIDO	<input type="checkbox"/> 9 ACCIDENTE DE TRABAJO	

<b>5. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO</b>				
5.1. TIPO DE MUESTRA:		5.2. TIPO DE PRUEBA:		
<input type="checkbox"/> 1 SANGRE	<input type="checkbox"/> 2 SALIVA	<input type="checkbox"/> 1 WESTERN BLOT	<input type="checkbox"/> 2 CARGA VIRAL	<input type="checkbox"/> 3 I.F.I
5.3. RESULTADO:		5.4. FECHA DE RESULTADO:		5.5. VALOR:
<input type="checkbox"/> 1 POSITIVO	<input type="checkbox"/> 2 NEGATIVO	 DÍA    MES    AÑO		

<b>6. INFORMACIÓN CLÍNICA</b>								
A. ESTADIO CLÍNICO:								
6.1. ESTADO CLÍNICO:		6.2. NÚMERO DE HIJOS MENORES DE 18 AÑOS:						
<input type="checkbox"/> 1 VIH	<input type="checkbox"/> 2 SIDA	<input type="checkbox"/> 3 MUERTO	Indique el número de hijos del paciente; menores de 18 años, hombres y mujeres, según corresponda en los espacios señalados. <table border="1" style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>HOMBRES</td> <td>MUJERES</td> </tr> </table>				HOMBRES	MUJERES
HOMBRES	MUJERES							
B. SITUACIÓN DE EMBARAZO:								
6.3. ¿EMBARAZO?		6.4. INDIQUE EL NÚMERO DE SEMANAS DE EMBARAZO:						
<input type="checkbox"/> 1 SI	<input type="checkbox"/> 2 NO	Indique el número de semanas de embarazo en el espacio señalado. <table border="1" style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

C. ENFERMEDADES ASOCIADAS:				
6.5. MARQUE CON UNA "X" LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS QUE PRESENTE EL PACIENTE: (EN CASO DE SIDA)				
<input type="checkbox"/> 1 CANDIDIASIS ESOFAGICA	<input type="checkbox"/> 2 CANDIDIASIS DE LAS VIAS AEREAS	<input type="checkbox"/> 3 TUBERCULOSIS PULMONAR		
<input type="checkbox"/> 4 CANCER CERVICAL INVASIVO	<input type="checkbox"/> 5 TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR	<input type="checkbox"/> 6 COCCIDIOIDOMICOSIS		
<input type="checkbox"/> 7 CITOMEGALOVIRUS	<input type="checkbox"/> 8 RETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS	<input type="checkbox"/> 9 ENCEFALOPATÍAS		
<input type="checkbox"/> 10 HERPES SIMPLEX	<input type="checkbox"/> 11 HISTOPLASMOSIS EXTRAPULMONAR	<input type="checkbox"/> 12 ISOSPORIDIASIS CRONICA		
<input type="checkbox"/> 13 HERPES ZOSTER	<input type="checkbox"/> 14 HISTOPLASMOSIS DISEMINADA	<input type="checkbox"/> 15 LINFOMA DE BURKITT		
<input type="checkbox"/> 16 NEUMONÍA POR PNEUMOCISTIS	<input type="checkbox"/> 17 NEUMONÍA RECURRENTE	<input type="checkbox"/> 18 LINFOMA INMUNOBLASTICO		
<input type="checkbox"/> 19 CRIPTOSPORIDIASIS CRÓNICA	<input type="checkbox"/> 20 CRIPTOCOCCOSIS EXTRAPULMONAR	<input type="checkbox"/> 21 SARCOMA DE KAPOSÍ		
<input type="checkbox"/> 22 SINDROME DE EMACIACIÓN	<input type="checkbox"/> 23 LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL	<input type="checkbox"/> 24 SEPTICEMIA RECURRENTE		
<input type="checkbox"/> 25 TOXOPLASMOSIS CEREBRAL	<input type="checkbox"/> 26 HEPATITIS C	<input type="checkbox"/> 27 MENINGITIS		

**VIH / S i d a | Código INS 850**

V.2007,1		<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>			
1.1. NOMBRE DEL EVENTO:					1.2. FECHA DE NOTIFICACIÓN:
					CÓDIGO    DÍA    MES    AÑO
1.3. SEMANA*:	1.4. AÑO:	1.5. DEPARTAMENTO QUE NOTIFICA:		1.6. MUNICIPIO QUE NOTIFICA:	
* EPIDEMIOLOGICA	AÑO				
1.7. RAZÓN SOCIAL DE LA UNIDAD PRIMARIA GENERADORA DEL DATO (UPGD):					1.8 CÓDIGO DE LA UPGD:
					DEPTO.    MUNICIPIO.    CÓDIGO    SUB.

<b>2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>					
2.1. PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE:			2.2. SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE:		
2.3. PRIMER APELLIDO:			2.4. SEGUNDO APELLIDO:		
2.5. TIPO DE IDENTIFICACIÓN:					2.6. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:
<input type="checkbox"/> RC <sup>(1)</sup> REGISTRO <input type="checkbox"/> TI <sup>(2)</sup> T. DE ID. <input type="checkbox"/> CC <sup>(3)</sup> C.C. <input type="checkbox"/> CE <sup>(4)</sup> C. EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PA <sup>(5)</sup> PASAPORTE <input type="checkbox"/> MS <sup>(6)</sup> MENOR SIN ID. <input type="checkbox"/> AS <sup>(7)</sup> ADULTO SIN ID.					
2.7. EDAD:	2.8. UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD:		2.9. SEXO:		2.10. PAÍS DE PROCEDENCIA DEL CASO:
	<input type="checkbox"/> 1 AÑOS <input type="checkbox"/> 2 MESES <input type="checkbox"/> 3 DÍAS <input type="checkbox"/> 4 HORAS <input type="checkbox"/> 5 MINUTOS		<input type="checkbox"/> M <sup>(1)</sup> MAS. <input type="checkbox"/> F <sup>(2)</sup> FEM.		
2.11. DEPARTAMENTO/MUNICIPIO DE PROCEDENCIA DEL CASO:		2.12. ÁREA DE PROCEDENCIA DEL CASO:		2.13. BARRIO-V/LOCALIDAD PROCEDENCIA	
DEPTO.    MUNICIPIO		<input type="checkbox"/> 1 CABECERA MUNICIPAL <input type="checkbox"/> 2 CENTRO POBLADO <input type="checkbox"/> 3 RURAL DISPERSO		/	
2.14. DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL PACIENTE		2.15. OCUPACIÓN DEL PACIENTE:	2.16. TIPO DE RÉGIMEN EN SALUD:		
		CÓDIGO	<input type="checkbox"/> 1 CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> 2 SUBSIDIADO <input type="checkbox"/> 3 EXCEPCIÓN <input type="checkbox"/> 4 ESPECIAL <input type="checkbox"/> 5 NO AFILIADO		
2.17. NOMBRE ADMINISTRADORA:			2.18. PERTENENCIA ÉTNICA:		
CÓDIGO			<input type="checkbox"/> 1 INDÍGENA <input type="checkbox"/> 5 AFRO COLOMBIANO <input type="checkbox"/> 6 NINGUNO ANTERIORES		
2.19. GRUPO POBLACIONAL:					
<input type="checkbox"/> 9 DESPLAZADOS <input type="checkbox"/> 13 MIGRATORIOS		<input type="checkbox"/> 14 CARCELARIOS		<input type="checkbox"/> 5 OTROS GRUPOS POBLACIONALES	

<b>3. NOTIFICACIÓN</b>					
3.1. DEPARTAMENTO/MUNICIPIO DE RESIDENCIA DEL PACIENTE:			3.2. FECHA DE CONSULTA:		3.3. INICIO DE SINTOMAS:
DEPTO.    MUNICIPIO			DÍA    MES    AÑO		DÍA    MES    AÑO
3.4. CLASIFICACIÓN INICIAL DEL CASO:				3.5. HOSPITALIZADO:	3.6. FECHA DE HOSPITALIZACIÓN:
<input type="checkbox"/> 1 SOSPECHOSO <input type="checkbox"/> 2 PROBABLE <input type="checkbox"/> 3 CONF. LABORATORIO <input type="checkbox"/> 4 CONF. CLÍNICA <input type="checkbox"/> 5 CONF. NEXO EPIDEMIOLOGICO				<input type="checkbox"/> 1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO	DÍA    MES    AÑO
3.7 CONDICIÓN FINAL:	3.8. FECHA DE DEFUNCIÓN:		3.9. NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DILIGENCIÓ LA FICHA:		
<input type="checkbox"/> 1 VIVO <input type="checkbox"/> 2 MUERTO	DÍA    MES    AÑO				

<b>ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES</b>					
A. SEGUIMIENTO Y CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO:					B. FECHA DEL AJUSTE:
<input type="checkbox"/> 0 NO APLICA <input type="checkbox"/> 3 CONF. LABORATORIO <input type="checkbox"/> 4 CONF. CLÍNICA <input type="checkbox"/> 5 CONF. NEXO EPIDEMIOLOGICO <input type="checkbox"/> 6 DESCARTADO <input type="checkbox"/> 7 OTRA ACTUALIZACIÓN					DÍA    MES    AÑO