



### MÉTODO DE DIAGNÓSTICO 3

**BACILOSCOPIA** **MARCAR RESULTADO**

Fecha BK1  DD  MM  AAA NSO BAAR  0-9 BK  2+  3+  1+

Fecha BK2  DD  MM  AAA NSO BAAR  0-9 BK  2+  3+  1+

Fecha BK3  DD  MM  AAA NSO BAAR  0-9 BK  2+  3+  1+

**CULTIVO** Fecha  DD  MM  AAA

Resultado  No hubo crecimiento de Micobacterias  
 Mycobacterium tuberculosis  
 Micobacterias no tuberculosas

**OTRO MÉTODO** Fecha  DD  MM  AAA

Xpert MTB/RIF  Positivo  Negativo  Otros: \_\_\_\_\_

**CLINICO**

Resultado  Positivo  Negativo Fecha  DD  MM  AAA

**RADIOGRAFICO (RX)**

Resultado  Positivo  Negativo Fecha  DD  MM  AAA

**HISTOPATOLOGÍA**

Resultado  Positivo  Negativo Fecha  DD  MM  AAA

**DEFINICION DE CASO**

TB Bacteriologicamente confirmada  
 TB Clínicamente diagnosticada

### CLASIFICACIÓN 4

**Localización anatómica**

Pulmonar  Menígea  
 Extra pulmonar (EP)\*  Otros: \_\_\_\_\_

**Historia de tratamiento previo (Seleccione solo una opción)**

**Nuevo\***  
 Paciente con historia desconocida de tratamientos previos TB

**Antes tratado**  
 Recaída\*  
 Después de pérdida en el seguimiento\*  
 Tratado post fracaso\*

**Resistencia a los medicamentos (Al ingreso)**

Ninguna\*  MonoR  PoliR  Desconocida  
 MDR  XDR  TB-RR

**H Z R E S**

**MonoR:** Monorresistente

**PoliR:** Polirresistente

Fluoroquinolonas  
 Inyectables de segunda línea

TB-RR: TB resistente a Rifampicina  
MDR: Multidrogorresistente  
XDR: Extensamente resistente

### TRATAMIENTO 5

**Referencia del paciente**

Referido: Sí  No

Instalación de salud que lo refirió: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TRATAMIENTO**

**FASE 1** Medicamentos indicados\*  
Fecha inicio: \*  DD  MM  AAA **H Z R E S Otros**  
Fecha fin: \*  DD  MM  AAA

**FASE 2** Medicamentos indicados\*  
Fecha inicio: \*  DD  MM  AAA **H R E Otros**  
Fecha fin: \*  DD  MM  AAA

**Administración:** **FASE 1** **FASE 2**

Estrictamente supervisado

Auto - administrado

Pacientemente supervisado

Comunidad

Familia

H: Isoniacida Z: Pirazinamida R: Rifampicina E: Etambutol S: Estreptomicina

### TB/VIH 6

**Condiciones de VIH (Al momento del diagnóstico de TB)**

Presento prueba de VIH previa al diagnóstico Sí  No

**Resultado\*:** Positivo  Negativo  Desconocido

**Paciente con prueba de VIH previa POSITIVA**

**Fecha de la prueba:**  DD  MM  AAA

Asesoría post prueba de VIH previa Sí  No

Terapia con Cotrimoxazol Sí  No

**Fecha de inicio del TARV:**  DD  MM  AAA

Actualmente en TARV Sí  No

Antecedente de terapia con Isoniacida Sí  No

**Paciente con prueba de VIH previa NEGATIVA**

**Fecha de la prueba:**  DD  MM  AAA  
(Repetir la prueba según factor de riesgo)

**Paciente sin prueba**

Se solicitó prueba de VIH Sí  No

Paciente acepto hacerse la prueba Sí  No

Prueba de VIH realizada Sí  No

**Fecha toma de muestra:**  DD  MM  AAA

**Fecha de resultado:**  DD  MM  AAA

**Resultado de la prueba de VIH** Positivo  Negativo

*Si el resultado es POSITIVO responder a las siguientes preguntas*

Asesoría post prueba de VIH Sí  No

Terapia con Cotrimoxazol Sí  No

Referido a TARV Sí  No

**Fecha de inicio de TARV:**  DD  MM  AAA **TARV:** Terapia antiretroviral

### CONTACTO 7

| Menores de 5 años                              |                          |  | 5 y mas años             |  |  |
|--|--------------------------|--|--------------------------|--|--|
| Total de contactos identificados*              | <input type="checkbox"/> | Total de contactos identificados*              | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Total de contactos sintomáticos respiratorios* | <input type="checkbox"/> | Total de contactos sintomáticos respiratorios* | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Total de contactos evaluados*                  | <input type="checkbox"/> | Total de contactos evaluados*                  | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Total de contactos con quimioprofilaxis*       | <input type="checkbox"/> | Total de contactos con quimioprofilaxis**      | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Total de contactos con TB*                     | <input type="checkbox"/> | Total de contactos con TB*                     | <input type="checkbox"/> |  |  |

| Contactos         |      |   | Contactos con quimioprofilaxis (menores de 5 años) |                   |      |   |                       |
|-------------------|------|---|--|-------------------|------|---|-----------------------|
| Nombre y Apellido | Edad |   | Relación (parentesco)                              | Nombre y Apellido | Edad |   | Total de dosis (Adm.) |
|                   | F    | M |  |                   | F    | M |                       |
|                   |      |   |  |                   |      |   |                       |
|                   |      |   |  |                   |      |   |                       |
|                   |      |   |  |                   |      |   |                       |
|                   |      |   |  |                   |      |   |                       |
|                   |      |   |  |                   |      |   |                       |
|                   |      |   |  |                   |      |   |                       |
|                   |      |   |  |                   |      |   |                       |
|                   |      |   |  |                   |      |   |                       |
|                   |      |   |  |                   |      |   |                       |
|                   |      |   |  |                   |      |   |                       |

### SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE 9

| Fecha de control   | P.P.L.- Fecha  | Indigencia | Minería | Hacinamiento | Empleado | Uso de drogas | Alcoholismo | Tabaquismo |
|--|--|------------|---------|--------------|----------|---------------|-------------|------------|
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA |            |         |              |          |               |             |            |
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA |            |         |              |          |               |             |            |
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA |            |         |              |          |               |             |            |
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA |            |         |              |          |               |             |            |
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA |            |         |              |          |               |             |            |
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA |            |         |              |          |               |             |            |
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA |            |         |              |          |               |             |            |
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA |            |         |              |          |               |             |            |
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA |            |         |              |          |               |             |            |
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA |            |         |              |          |               |             |            |

### VISITAS DE SEGUIMIENTO 10

Tipo de visita:

| Ingreso  | Asistencia   | Perdida durante el seguimiento   | Para TAES  | Firma de quien realiza la visita |
|--|--|--|--|----------------------------------|
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | _____                            |
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | _____                            |
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | _____                            |
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | _____                            |
| <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA | _____                            |

### APOYOS 11

Social Sí  No

Nutricional Sí  No

Económico Sí  No

### OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_