

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TUBERCULOSIS

MINISTERIO DE SALUD CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES		FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TB
I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE		
DIRIS/DIRESA /GERESA: _____ Establecimiento notificante:		
Institución: Minsa ☐ ESSALUD ☐ INPE ☐ FFAA ☐ PNP ☐ PRIVADOS ☐ OTROS ☐ especificar _____		
II. DATOS DE FILIACION DEL PACIENTE		
Tipo de documento de identidad : DNI ☐ Carné de extranjería ☐ Otro ☐ Sin documento de identidad ☐		
Registre el código o número del documento de Identidad marcado: _____		
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombres _____		
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad _____ Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐		
Nacionalidad: Peruana ☐ otro ☐ , especificar _____ Lugar de nacimiento: Departamento _____		
Ocupación actual _____		
Dirección de domicilio actual: _____		
Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____		
III. DATOS DE EVENTO a notificar		
1. Caso de TB pulmonar con confirmación bacteriológica. ☐ 2. Caso de TB pulmonar sin confirmación bacteriológica. ☐ 3. Caso de TB extrapulmonar. ☐ 4. Caso de TB abandono recuperado. ☐ 5. Caso de TB recaída. ☐ 6. Caso de TB en trabajadores de salud ☐ 7. Caso de TB resistente a Rifampicina (TB RR) ☐ 8. Caso de TB multidrogorresistente (TB MDR). ☐ 9. Caso de TB monoresistente. ☐ 10. Caso de TB poliresistente ☐ 11. Caso de TB extensamente resistente (TB XDR). ☐ 12. Fallecido con TB. ☐		
Código autogenerado de FICHA: [][][][][][] Fecha de notificación: ____ / ____ / ____		
Fecha de Inicio de Síntomas ____ / ____ / ____ Fecha de diagnóstico ____ / ____ / ____		
Localización anatómica de TB	Pulmonar ☐ Extra Pulmonar ☐ Sistémica (miliar) ☐ Especificar localización de extra-pulmonar: Sistema nervioso ☐ Pleural ☐ Gastrointestinal ☐ Renal ☐ Ganglionar ☐ ósea ☐ Piel ☐ Genitourinaria ☐ Otro ☐ especificar _____	
Resultado de baciloscopia de diagnóstico (Bk Inicial)	positivo (+) ☐ (++) ☐ (+++) ☐ negativo ☐ resultado pendiente ☐ no se realizó ☐ Fecha de toma de muestra ____ / ____ / ____	
Resultado cultivo diagnóstico	positivo ☐ negativo ☐ resultado pendiente ☐ no se realizó ☐ Fecha resultado ____ / ____ / ____	
Criterio diagnóstico:	Bacteriológico ☐ Histopatológico ☐ Clínico ☐ Radiológico ☐ Otros ☐ especificar _____	
Resultado de Prueba de sensibilidad	Sensible ☐ MDR ☐ XDR ☐ Monoresistente ☐ Poliresistente ☐ RR ☐ Resistencia no MDR por prueba rápida ☐ Resultado pendiente ☐ No se realizó ☐ Fecha de toma de muestra ____ / ____ / ____ Fecha de resultado ____ / ____ / ____	
Código INS _____	Tipo de Prueba: MODS ☐ GRIES ☐ GENOTYPE ☐ Prueba convencional ☐ Otros ☐	
Condición de ingreso (antecedente de Tratamiento)	Nunca tratado (Nuevo) ☐ Antes tratado: Recaída < 6 meses ☐ Recaída > 6 meses ☐ Abandono recuperado ☐ Fracaso ☐	
IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS		
Comorbilidad y condiciones de riesgo	VIH: positivo ☐ negativo ☐ resultado pendiente ☐ no se realizó ☐ desconocido ☐ Diabetes ☐ Cáncer ☐ Gestante/Puérpura ☐ Alcohólico ☐ Consumo de drogas ☐	
Factores sociales	Antecedente de internado en un penal ☐ Antecedente de delincuencia ☐ chofer o cobrador de Bus ☐ Persona en estado de abandono ☐ paciente abandonado recurrente del tratamiento antituberculosis ☐	
Antecedente de contacto	Caso índice ☐ Contacto de TB sensible ☐ Contacto de TBMdr ☐ Contacto de TB XDR ☐ Contacto de fallecido por tuberculosis ☐ Recibió TPI ☐	
V. DATOS PARA EL CIERRE DEL EVENTO		
Esquema de tratamiento	Esquema TB sensible ☐ Esquema TB resistente ☐ No recibió tratamiento ☐	
Fecha de Inicio de tratamiento ____ / ____ / ____	Fecha de egreso ____ / ____ / ____	
Condición de Egreso	Curado ☐ Tratamiento completo ☐ Abandono ☐ Fracaso ☐ Fallecido ☐ No evaluado ☐	
Para pacientes fallecidos:	Fecha de fallecimiento: ____ / ____ / ____ Causa de muerte asociada a tuberculosis SI ☐ NO ☐ Lugar de fallecimiento: Domicilio ☐ EEES ☐ Condición del tratamiento: En tratamiento ☐ En espera de tratamiento ☐ Sin tratamiento definido ☐	

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TUBERCULOSIS EN TRABAJADORES DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD		FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TB EN TRABAJADORES DE SALUD	
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES			
I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE			
DIRIS/DIRESA/GERESA:		Establecimiento notificante:	
Institución: MINSA ☐ ESSALUD ☐ INPE ☐ FFAA ☐ PNP ☐ PRIVADOS ☐ OTROS ☐ especificar _____			
II. DATOS DE FILIACION DEL PACIENTE			
Tipo de documento de identidad : DNI ☐ Carné de extranjería ☐ Otro ☐ Sin documento de identidad ☐			
Registre el código o número del documento de Identidad marcado _____			
Apellido paterno: _____		Apellido materno: _____ Nombres _____	
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad _____		Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐	
Nacionalidad: Peruana ☐ otro ☐ , especifique _____		Lugar de nacimiento: Departamento _____	
Dirección de domicilio actual: _____			
Departamento _____		Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____	
IV. DATOS LABORALES			
Profesión:	Médico ☐ Enfermero/a ☐ Odontólogo ☐ Obstetra ☐ Técnico enfermería ☐ otros ☐ (especificar) _____		
Condición Laboral:	Contratado (CAS o terceros) ☐ Nombrado ☐ Otros grupos: SERUM ☐ Residente ☐ Interno ☐ Estudiante ☐ otros ☐ especificar _____		
Establecimiento donde labora:	El mismo que notifica ☐ Otro ☐ especifique _____ Tiempo en meses que labora en EE SS _____		
Servicio donde labora:	Estrategia de Tuberculosis ☐ consultorio u hospitalización de neumología ☐ Emergencia ☐ Consultorios ☐ Hospitalización ☐ Laboratorio ☐ Farmacia ☐ Área Administrativa ☐ otros ☐ especificar _____ Tiempo en meses que labora en servicio _____		
III. DATOS DE EVENTO A NOTIFICAR:			
Código autogenerated de FICHA: [][] [][] [][] [][]		Fecha de notificación: ____ / ____ / ____	
Fecha de Inicio de Síntomas ____ / ____ / ____		Fecha de diagnóstico ____ / ____ / ____	
Localización anatómica de TB	Pulmonar ☐ Extra Pulmonar ☐ Sistémica (miliar) ☐ <i>Especificar localización de extra-pulmonar:</i> Sistema nervioso ☐ Pleural ☐ Gastrointestinal ☐ Renal ☐ Ganglionar ☐ ósea ☐ Piel ☐ Genitourinaria ☐ Otro ☐ especificar _____		
Resultado de baciloscopia de diagnóstico (Bk Inicial)	positivo (+) ☐ (++) ☐ (+++) ☐ negativo ☐ resultado pendiente ☐ no se realizó ☐ Fecha de toma de muestra ____ / ____ / ____		
Resultado Cultivo diagnostico	positivo ☐ negativo ☐ resultado pendiente ☐ no se realizó ☐ Fecha resultado ____ / ____ / ____		
Criterio diagnóstico:	Bacteriológico ☐ Histopatológico ☐ Clínico ☐ Radiológico ☐ Epidemiológico ☐ Clínico Epidemiológico ☐ Otros ☐ especificar _____		
Prueba de sensibilidad	Sensible ☐ MDR ☐ XDR ☐ Monoresistente ☐ Poliresistente ☐ RR ☐ Resistencia no MDR por prueba rápida ☐ resultado pendiente ☐ No se realizó ☐ Fecha de toma de muestra ____ / ____ / ____ Fecha de resultado ____ / ____ / ____		
Código INS _____	Tipo de Prueba: MODS ☐ GRIES ☐ GENOTYPE ☐ Prueba convencional ☐ Otros ☐		
Condicción de ingreso (antecedente de Tto.)	Nunca tratado (Nuevo) ☐ Antes tratado : Recaida < 6 meses ☐ Recaida > 6 meses ☐ Abandono recuperado ☐ Fracaso ☐		
V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS			
Comorbilidad y condiciones de riesgo	VIH: positivo ☐ negativo ☐ resultado pendiente ☐ no se realizó ☐ desconocido ☐ Diabetes ☐ Cáncer ☐ Gestante/Puerpera ☐ Alcoholismo ☐ Consumo de drogas ☐		
Factores sociales	Antecedente de internado en un penal ☐ Antecedente de delincuencia ☐ chofer o cobrador de Bus ☐ Persona en estado de abandono ☐ paciente abandonado recurrente del tratamiento antituberculosis ☐		
Antecedente de contacto	Caso índice ☐ Contacto de TB sensible ☐ Contacto de TB-MDR ☐ Contacto de TB XDR ☐ Contacto de fallecido por tuberculosis ☐		
V. DATOS PARA EL CIERRE DEL EVENTO			
Esquema de tratamiento	Esquema TB sensible ☐ Esquema TB resistente ☐ No recibió tratamiento ☐		
Fecha de Inicio de tratamiento ____ / ____ / ____		Fecha de egreso ____ / ____ / ____	
Condicción de Egreso	Curado ☐ Tratamiento completo ☐ Abandono ☐ Fracaso ☐ Fallecido ☐ No evaluado ☐		
Para pacientes fallecidos:	Fecha de fallecimiento: ____ / ____ / ____ Causa de muerte asociada a tuberculosis SI ☐ NO ☐ Lugar de fallecimiento: Domicilio ☐ EESS ☐ Condicción del tratamiento: En tratamiento ☐ En espera de tratamiento ☐ Sin tratamiento definido ☐		