

ANEXO N° 1
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 <input type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> INPE <input type="checkbox"/> FFAA <input type="checkbox"/> PNP <input type="checkbox"/> PRIVADOS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> especificar _____	
II. DATOS DE FILIACION DEL PACIENTE	
Tipo de documento de identidad : DNI <input type="checkbox"/> Carné de extranjería <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sin documento de identidad <input type="checkbox"/>	
Registre el código o número del documento de Identidad marcado: _____	
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombres _____	
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad _____ Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad: Peruana <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/>	7. Caso de TB resistente a Rifampicina (TB RR) <input type="checkbox"/>
2. Caso de TB pulmonar sin confirmación bacteriológica. <input type="checkbox"/>	8. Caso de TB multidrogorresistente (TB MDR). <input type="checkbox"/>
3. Caso de TB extrapulmonar. <input type="checkbox"/>	9. Caso de TB monorresistente. <input type="checkbox"/>
4. Caso de TB abandono recuperado. <input type="checkbox"/>	10. Caso de TB polirresistente <input type="checkbox"/>
5. Caso de TB recaída. <input type="checkbox"/>	11. Caso de TB extensamente resistente (TB XDR). <input type="checkbox"/>
6. Caso de TB en trabajadores de salud <input type="checkbox"/>	12. Fallecido con TB. <input type="checkbox"/>
Código autogenerado de FICHA: [] [] [] [] [] [] Fecha de notificación: ____/____/____	
Fecha de inicio de Síntomas ____/____/____ Fecha de diagnóstico ____/____/____	
Localización anatómica de TB	Pulmonar <input type="checkbox"/> Extra Pulmonar <input type="checkbox"/> Sistémica (miliar) <input type="checkbox"/> Especificar localización de extra-pulmonar: Sistema nervioso <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Ganglionar <input type="checkbox"/> ósea <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Genitourinaria <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> especificar _____
Resultado de baciloscopia de diagnóstico (Bk Inicial)	positivo (+) <input type="checkbox"/> (++) <input type="checkbox"/> (+++) <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> no se realizó <input type="checkbox"/> Fecha de toma de muestra ____/____/____
Resultado cultivo diagnóstico	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> no se realizó <input type="checkbox"/> Fecha resultado ____/____/____
Criterio diagnóstico:	Bacteriológico <input type="checkbox"/> Histopatológico <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Radiológico <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> especificar _____
Resultado de Prueba de sensibilidad	Sensible <input type="checkbox"/> MDR <input type="checkbox"/> XDR <input type="checkbox"/> Monorresistente <input type="checkbox"/> Polirresistente <input type="checkbox"/> RR <input type="checkbox"/> Resistencia no MDR por prueba rápida <input type="checkbox"/> Resultado pendiente <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> Fecha de toma de muestra ____/____/____ Fecha de resultado ____/____/____
Código INS	Tipo de Prueba: MODS <input type="checkbox"/> GRIES <input type="checkbox"/> GENOTYPE <input type="checkbox"/> Prueba convencional <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
Condición de ingreso (antecedente de Tratamiento)	Nunca tratado (Nuevo) <input type="checkbox"/> Antes tratado : Recaída < 6 meses <input type="checkbox"/> Recaída > 6 meses <input type="checkbox"/> Abandono recuperado <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/>
IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS	
Comorbilidad y condiciones de riesgo	VIH: positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> no se realizó <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Gestante/Puérpura <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Consumo de drogas <input type="checkbox"/>
Factores sociales	Antecedente de internado en un penal <input type="checkbox"/> Antecedente de delincuencia <input type="checkbox"/> chofer o cobrador de Bus <input type="checkbox"/> Persona en estado de abandono <input type="checkbox"/> paciente abandonado recurrente del tratamiento antituberculosis <input type="checkbox"/>
Antecedente de contacto	Caso índice <input type="checkbox"/> Contacto de TB sensible <input type="checkbox"/> Contacto de TBMDR <input type="checkbox"/> Contacto de TB XDR <input type="checkbox"/> Contacto de fallecido por tuberculosis <input type="checkbox"/> Recibió TPI <input type="checkbox"/>
V. DATOS PARA EL CIERRE DEL EVENTO	
Esquema de tratamiento	Esquema TB sensible <input type="checkbox"/> Esquema TB resistente <input type="checkbox"/> No recibió tratamiento <input type="checkbox"/>
Fecha de inicio de tratamiento ____/____/____	Fecha de egreso ____/____/____
Condición de Egreso	Curado <input type="checkbox"/> Tratamiento completo <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/>
Para pacientes fallecidos:	Fecha de fallecimiento: ____/____/____ Causa de muerte asociada a tuberculosis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Lugar de fallecimiento: Domicilio <input type="checkbox"/> EESS <input type="checkbox"/> Condición del tratamiento: En tratamiento <input type="checkbox"/> En espera de tratamiento <input type="checkbox"/> Sin tratamiento definido <input type="checkbox"/>

