

MSP- PROGRAMA DE TUBERCULOSIS
FICHA DE NOTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

Fecha de Diagnóstico: ___/___/___				Institución de Diagnóstico:											
1 Fecha de inicio de Síntomas: ___/___/___				2 Institución de Tratamiento: _____ A.O. _____ Zona Sanitaria: _____											
3 Datos del Paciente						N° de Historia Clínica:									
Apellido: _____		Nombres: _____		DNI: _____		Edad: _____		Fecha de nacimiento: ___/___/___		País de nacimiento: _____		Población Originaria _____		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Domicilio Personal - Calle: _____				N°: _____		Barrio: _____		Localidad: _____		País: _____		Otro domicilio (laboral, familiar, educativo): _____ Nivel educativo: _____ Telf. _____			
4 Motivo de Consulta:		Sintomático Respiratorio		Contacto		Examen de Salud		Traslado		Contacto TB MDR		Otros			
5 Examen de Diagnostico		Fecha		Resultado		6 Localización		7 Tipo de Paciente		8 Factores de Riesgo					
BK (Baciloscopia)						Pulmonar <input type="checkbox"/> Extra pulmonar <input type="checkbox"/>		Nuevo		Alcoholismo					
Cultivo						Especificar _____		Traslado		Hepatopatía					
PSD (Prueba de sensibilidad)						Informe de Radiología:		Fracaso		Insuficiencia Renal					
Gene-Xpert						USC <input type="checkbox"/>		Recaída		Trabajador de Salud					
Otros						UCC <input type="checkbox"/>		Perdida de seguimiento		Desnutrición					
PPD						BSC <input type="checkbox"/>		Otros		Diabetes					
						BCC <input type="checkbox"/>		11 Examen de VIH		PPL (persona privada libertad)					
						Otro: _____		Positivo		Negativo		Embarazo/Puerperio			
9 Antecedentes de BCG		SI		NO		10 Peso (KG.): _____ Talla (m): _____		Rechazado		Valor de Glucemia					
12 N°Contactos: Menores _____ Mayores _____						IMC: _____		Tratamiento ARV		Otros					
13 Evaluación de Tratamiento		Fecha de egreso: ___/___/___		Motivo		Curado		Tratamiento Completo		Fracaso					
						Fallecido		Perdida de seguimiento							
						Traslado		Lugar de Traslado							

