

Protocolo interconsulta para el grupo asesor técnico en tuberculosis



Ministerio de Salud
República Argentina

Médico tratante:.....

Establecimiento:.....

Jefe de programa:..... Contacto:.....

Motivo de la interconsulta

.....
.....

Datos de la persona

Apellido y nombre:.....

DNI: Nacionalidad:.....

Edad:..... Peso:.....

Dirección:..... Localidad:.....

Actividad laboral:

Antecedentes personales

Antecedentes personales de patologías previas

Tuberculosis previa Sí No

Condiciones asociadas

Enfermedad metabólica

Silicosis

Consumo problemático de drogas

Enfermedad respiratoria crónica

Desnutrición

Diabetes

Alcoholismo

Inmunosupresión por medicamentos

Positivo COVID-19

Embarazo o puerperio

Enfermedad oncológica

Enfermedades autoinmunes

Fibrosis quística

Tabaquismo

Persona inmunosuprimida (VIH)

Antecedentes de quimioprofilaxis o tratamiento para tuberculosis previo

.....

.....

Enfermedad actual

.....

.....

Hallazgos del examen físico

.....

.....

Exámenes diagnósticos significativos

Exámen realizado	Tipo de muestra	Resultado	Fecha de realización
Baciloscopia de muestra respiratoria	Espuito <input type="checkbox"/> Materia fecal <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	
	BAL <input type="checkbox"/> Contenido gástrico <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>	
		No realizada <input type="checkbox"/>	
Baciloscopia de muestra extrapulmonar	Líquido pleural <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	
		Negativa <input type="checkbox"/>	
	Ganglio <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/>	No realizada <input type="checkbox"/>	
Cultivo de muestra respiratoria	Espuito <input type="checkbox"/> Materia fecal <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/> En estudio <input type="checkbox"/>	
	BAL <input type="checkbox"/> Contenido gástrico <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/> No realizada <input type="checkbox"/>	
Cultivo de muestra extrapulmonar	Muestra extrapulmonar	Positiva <input type="checkbox"/> En estudio <input type="checkbox"/>	
	Especificar:	Negativa <input type="checkbox"/> No realizada <input type="checkbox"/>	
Radiografía	Tórax <input type="checkbox"/>	TB <input type="checkbox"/> Otra patología <input type="checkbox"/>	
	Extrapulmonar <input type="checkbox"/> Especificar:	Normal <input type="checkbox"/> No realizada <input type="checkbox"/>	
Prueba de sensibilidad	Cultivo	Sensible <input type="checkbox"/> Resistente a: Isoniazida <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Otras drogas <input type="checkbox"/>	
	Espuito <input type="checkbox"/>		
	Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	En estudio <input type="checkbox"/>	

Exámenes diagnósticos significativos (continuación)

Exámen realizado	Tipo de muestra	Resultado	Fecha de realización
Biología molecular (Xpert o similar)	Espuito <input type="checkbox"/> Materia fecal <input type="checkbox"/>	CMT detectado <input type="checkbox"/> Rifampicina detectada <input type="checkbox"/>	
	BAL <input type="checkbox"/> Contenido gástrico <input type="checkbox"/>	CMT no detectado <input type="checkbox"/> Rifampicina no detectada <input type="checkbox"/>	
	Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	No realizada <input type="checkbox"/>	
IGRA (prueba de sangre)	Sangre <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No realizada <input type="checkbox"/>	
PPD (prueba cutánea)	Piel <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No realizada <input type="checkbox"/>	
Observaciones			

Notificación: Si No

Fecha

Descripción de radiografía de torax (en lo posible enviar foto)

.....

.....

Otras imágenes (en lo posible enviar foto)

.....

.....

Esquema terapéutico

Fármacos	Dosificación	Fecha de inicio



Evolución clínica del paciente

.....
.....

Resultado de las interconsultas previas

.....
.....
.....

Complicaciones o interurrencias

.....
.....
.....

Esquema terapéutico propuesto

.....
.....
.....
.....
.....

Otros datos de interés

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--