

ANEXO N° 2
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TUBERCULOSIS EN TRABAJADORES DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES		FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TB EN TRABAJADORES DE SALUD
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 ☐ Camé 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 _____ 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 autogenerado 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 ____/____/____ Tipo de Prueba: MODS ☐ GRIES ☐ GENOTYPE ☐ Prueba convencional ☐ Otros ☐	
Condición de ingreso (antecedente de Tto.)	Nunca tratado (Nuevo) ☐ Antes tratado : Recaida < 6 meses ☐ Recaida > 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/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 ____/____/____	
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 ☐ EESS ☐ Condición del tratamiento: En tratamiento ☐ En espera de tratamiento ☐ Sin tratamiento definido ☐	