

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TUBERCULOSIS

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

DIRIS/DIRESA/GERESA: _____ **Establecimiento notificante:** _____ **Código de Ficha:** [] [] [] [] [] []

Institución: MINSA ☐ ESSALUD ☐ INPE ☐ FFAA ☐ PNP ☐ PRIVADOS ☐ OTROS ☐

II. DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE

Tipo de documento de Identidad: DNI ☐ Pasaporte ☐ Carnet de extranjería ☐ Otro ☐ S/ Documento ☐

Registre el código o número del documento de identidad marcado:

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

 HC: _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad : ____ Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Teléf./móvil: _____

Nacionalidad: Peruana ☐ Otro ☐ especificar _____ Lugar de nacimiento: Departamento _____

Residencia Anterior: Dpto.: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

Residencia Actual: Dpto.: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

Dirección de domicilio actual : _____ Ocupación actual: _____

III. DATOS DEL EVENTO A NOTIFICAR

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Caso de TB Pulmonar con confirmación Bacteriológica | ☐ | 7. Caso de TB resistente a Rifampicina (TB RR) | ☐ |
| 2. Caso de TB Pulmonar sin confirmación Bacteriológica | ☐ | 8. Caso de TB multidrogorresistente (TB MDR) | ☐ |
| 3. Caso de TB Extrapulmonar | ☐ | 9. Caso de TB monorresistente | ☐ |
| 4. Caso de TB Abandono recuperado | ☐ | 10. Caso de TB polirresistente | ☐ |
| 5. Caso de TB Recaida | ☐ | 11. Caso de TB extensamente resistente (TB XDR) | ☐ |
| 6. Caso de TB en trabajadores de salud | ☐ | 12. Fallecido con TB | ☐ |

Fecha de inicio de Síntomas: ____/____/____ Fecha de diagnóstico: ____/____/____ Fecha de notificación: ____/____/____

Localización anatómica de la TB	Pulmonar ☐	Sistémica (miliar) ☐	Extrapulmonar ☐	<i>Especificar localización de extra-pulmonar:</i>				Renal ☐	Piel ☐
	Sistema nervioso ☐	Pleural ☐	Gastrointestinal ☐	Ganglionar ☐	Ósea ☐	Genitourinaria ☐	Otro ☐		

Resultado de Baciloscoopia de diagnóstico (BK inicial)	Positivo (+) ☐ (++) ☐ (+++) ☐	Negativo ☐	Resultado pendiente ☐	No se realizo ☐
Fecha de toma de muestra	/ /			

Resultado Cultivo DX	Positivo ☐	Negativo ☐	Resultado pendiente ☐	No se realizo ☐	Fecha de resultado ____/____/____
----------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--	--	-----------------------------------

Criterio diagnóstico (DX)	Bacteriológico ☐	Histopatológico ☐	Clínico ☐	Radiológico ☐	Epidemiológico ☐	Clínico-Epidemiológico ☐
	Otro ☐ <i>Especificar otros:</i> _____					

Resultado de Prueba de Sensibilidad	Sensible ☐	MDR ☐	XDR ☐	Monoresistente ☐	Poliresistente ☐	Resistente a Rifampicina (RR) ☐
Código INS:	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: Recaída < 6 meses ☐	Recaída > 6 meses ☐	Fracaso ☐
	Abandono recuperado ☐	Antes tratado: cambio por prueba de sensibilidad ☐		

IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Comorbilidad y condiciones de riesgo	VIH: Positivo ☐	Negativo ☐	Resultado pendiente ☐	No se realizó ☐	Desconocido ☐
	Diabetes ☐	Cáncer ☐	Gestante/Puérpera ☐	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 ☐	Recibió TPI ☐		

V. DERIVACIÓN

Registrar la derivación	DISA/DIRESA/GERESA:	RED: _____	MICRORED: _____	EE.SS.: _____
-------------------------	---------------------	------------	-----------------	---------------

VI. DATOS PARA EL CIERRE DEL EVENTO	
-------------------------------------	--

Esquema de tratamiento	Esquema TB sensible ☐	Esquema TB resistente ☐	Precise el tipo de esquema de TB resistente: _____	
	Fecha de inicio de tratamiento / /	Fecha de egreso / /	Tratamiento no iniciado ☐	

Condición del Tratamiento	En tratamiento ☐	En espera de tratamiento ☐	Sin tratamiento definido ☐
---------------------------	---	---	---

Condición de Egreso	Curado ☐	Tratamiento completo ☐	Abandono ☐	Fracaso ☐	Fallecido ☐	No evaluado ☐
---------------------	---------------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Para pacientes fallecidos	Fecha de fallecimiento: ____/____/____	Lugar de fallecimiento: _____	Domicilio ☐	EE.SS. ☐
	Causa de muerte asociada a tuberculosis: SI ☐ NO ☐			

VII. COMENTARIOS *(Consigne información relevante sobre el caso)*

VIII. DATOS DEL PERSONAL DE SALUD QUE NOTIFICA					
---	--	--	--	--	--

Nombres y Apellidos				
Teléfono/Móvil		N° Colegiatura		
				Firma y Sello