|  |  |
| --- | --- |
| **MINISTERIO DE SALUD****DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA** | **FICHA EPIDEMIOLÓGICA****DE CASOS Y EVENTOS EN TBC** |
| Código autogenerado único: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] **fecha de notificación: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**   |
| **I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO** |
| DISA/DIRESA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Establecimiento notificante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Institución: MINSA[ ]  ESSALUD[ ]  INPE [ ]  FFAA [ ]  PNP[ ]  PRIVADOS [ ]  OTROS [ ]  especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **II. DATOS DE FILIACION DEL PACIENTE**  |
| Apellido paterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido materno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento: **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** Edad \_\_\_\_\_\_\_ Sexo: M [ ]  F [ ]  DNI [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| Nacionalidad: Peruana [ ]  otro [ ] , especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: Departamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ocupación en los últimos 6 meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Dirección de domicilio actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Referencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Departamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Distrito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Localidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Zona de residencia**: Urbana[ ]  Rural[ ]  Urbano-marginal[ ]  Tiempo de residencia …………... (meses)Residencia anterior a la actual: Departamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Distrito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Seguro de Salud SIS [ ]  : EsSalud [ ]  FFAA[ ]  PNP[ ]  Privado [ ]  Sin seguro [ ]  otro [ ] , especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **III. DATOS DEL CASO O EVENTO**  |
| **Captación de caso**  | **Pasiva** (Captación en centros de salud) [ ]  **Activa** (búsqueda en comunidad o contacto de caso) [ ]  Caso derivado de otro establecimiento [ ] **Fecha de captación\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**   **Fecha de Inicio de Síntomas** **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**   |
| **Eventos sujetos a notificación:** (es necesario marcar una opción) [ ]A15 [ ]A16 [ ]A18 [ ]A17 [ ]U32.6 [ ]U32.4 [ ]U20.2 [ ]U20.3 [ ]U20.4 [ ]U20.5 |
| **Localización anatómica de la TB**(es necesario marcar una opción) | Pulmonar [ ]  Extra Pulmonar [ ]  *Especificar localización de extra-pulmonar*: Meníngea [ ]  Pleural [ ]  Gastrointestinal [ ]  Renal [ ]  Ganglionar [ ]  Ósea [ ]  Piel [ ]  Genitourinaria [ ]  Miliar [ ]  Otro [ ] especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Criterio diagnóstico:** (es necesario marcar una opción)  | Bacteriológico [ ]  histopatológico [ ]  Clínico [ ]  Radiológico [ ]  Epidemiológico [ ]  Clínico Epidemiológico [ ]  Otros [ ]  especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de diagnóstico** **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** |
| **Resultado de baciloscopía de diagnóstico (Bk Inicial)**(es necesario marcar una opción) | **Fecha de toma de muestra \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** positivo (+)[ ]  (++)[ ]  (+++)[ ]  negativo [ ]  resultado pendiente [ ]  no se realizo [ ]   |
| **Resultado Cultivo diagnostico**(es necesario marcar una opción)  | **Fecha resultado *\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*** positivo [ ]  negativo [ ]  resultado pendiente [ ]  no se realizo [ ]  |
| **Prueba de sensibilidad** (es necesario marcar una opción)**Código INS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Sensible [ ]  MDR [ ]   XDR [ ]   Monoresistente [ ]  Poliresistente [ ]  resultado pendiente [ ]  No se realizó [ ]  **Fecha de resultado del perfil de sensibilidad *\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_*** Tipo de Prueba: MODS [ ]  GRIES [ ]  GENOTYPE [ ]  Prueba convencional [ ]   |
| **IV. CONDICIONES DE RIESGO (ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS del paciente diagnosticado)** |
| **Antecedentes de contacto:** (puede marcar más de una opción) | Contacto con pacientes con TB [ ]  Contacto TB-MDR [ ]  Contacto TB XDR [ ]  Contacto con fallecido por tuberculosis [ ]   |
| **Condición de ingreso según** **Antecedente de tratamiento**(es necesario marcar una opción) | Nunca tratado (Nuevo) [ ]  Antes tratado : Recaída < 6 meses [ ]  Recaída > 6 meses [ ]   Abandono recuperado [ ]  Fracaso [ ] Numero de esquemas de tratamientos recibidos previos al actual \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Diagnóstico confirmado de VIH**(es necesario marcar una opción) | Resultado positivo [ ]  resultado negativo [ ]  resultado pendiente [ ]  no se realizó [ ]  desconocido [ ]   |
| **Comorbilidad y condiciones de riesgo** (puede marcar más de una opción) | Gestante/Puérpera [ ]  Diabetes [ ]  Cáncer [ ]  Asma/SOBA [ ]  Terapia con corticosteroides [ ]  Hosp. en últimos 2 años en serv. de Medicina , Emergencia, Neumología o Infectología por más de 15 días [ ]   |
| **Factores sociales** (puede marcar más de una opción) | Alcoholismo [ ]  Usuario de drogas [ ]  Ha estado internado en un penal [ ]  antecedente de delincuencia [ ]  trabajadora sexual [ ]   |
| **Población de mayor riesgo:** (es necesario marcar una opción) | Trabajador de salud [ ]  Interno de Centro penitenciario [ ]  Población Indígena [ ]  Es miembro de las fuerzas armadas o Policía Nacional [ ]  Escuelas militares [ ]  Usuario de guardería/albergue/asilo [ ]  Escuela/Instituto/Universidad [ ]  Trabajador de Centro penitenciario [ ]  Centro de Rehabilitación [ ]  Otros [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **no aplica** [ ]  |
| **Para trabajadores de Salud: Especificar** (es necesario marcar una opción por cada variable) | **Profesión**: Médico [ ]  Enfermera [ ]  Técnico enfermería [ ]  otros [ ] ] (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Condición Laboral**: Contratado [ ]  Nombrado[ ]  Residente [ ]  Interno [ ]   otros [ ]  especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Establecimiento donde labora\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Servicio donde labora**: Programa de Tuberculosis[ ]  Emergencia [ ]  Consultorios [ ]  Hospitalización[ ] otros [ ] especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **tiempo en meses que labora en EEE SS** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **V. DERIVACIÓN: (**completar estos datos si el pacientees derivado a otro establecimiento) |
| **Derivación**  | **SI**[ ]   **DIRESA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RED\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Establecimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **VI.TRATAMIENTO** |
| **Fecha de inicio de tratamiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**  |
| **Esquema de Tratamiento** (es necesario marcar una opción) | Esquema I (para TB sensible) [ ]  Estandarizado [ ]  Empírico [ ]  Individualizado[ ]  RAFA [ ]  *si el paciente no ha iniciado tratamiento al momento de la notificación puede marcar como tratamiento no iniciado temporalmente* **tratamiento no iniciado [ ]**  , *debe completar el dato* **fecha de aprobación del CERI \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** ( solo para los casos que fueron presentado al CERI) |
| **VII. CIERRE DE EVENTO** (llenar cuando concluye tratamiento tiene una condición de egreso) |
| **Condición de Egreso**(es necesario marcar una opción) | *En la notificación del caso o evento, si no se tiene una condición de egreso marcar la opción* **[ ]  En tratamiento** Curado [ ]  tratamiento completo[ ]  Abandono [ ]  Fracaso [ ]  Fallecido [ ]  No evaluado (trasferencia sin confirmar) [ ]  cambio por prueba de sensibilidad [ ]  |
| **Esquema de Tratamiento final** | Esquema I (para TB sensible) [ ]  Estandarizado [ ]  Empírico [ ]  Individualizado [ ]  no recibió tratamiento [ ]   |
| **Fecha de término de tratamiento o egreso por otra causa \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** |
| **Para pacientes fallecidos:**  | Fecha de Fallecimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Causa de Muerte asociada a tuberculosis SI [ ]  NO [ ]  |
| **VIII. COMENTARIOS** (En esta sección especificar residencias y domicilios anteriores del paciente en los últimos 2 años u otra información de relevancia)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|

|  |
| --- |
| **IX. CONTACTOS** |
| **tipo de contacto**Domiciliario (1)Habitual (2) | **Parentesco**Madre (1), Padre (2), hijos (3), hermana (4), esposa(o) (5) otros (especificar) | **Edad** | **sexo** | **PPD**Positivo (1)Negativo( 2) No se realizó (3)Se desconoce (4) | **Sintomático Respiratorio**Si (1)No (0) | **Resultado BK**Positivo (1)Negativo (2)No se realizó (3)Resultado pendiente (4) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |

**………………………………….**

**Firma responsable de llenado de ficha**

Nombre:………………………...……

Celular…………………...……..……

**………………………………….**

**Firma del Jefe del Establecimiento**

Nombre:……………………………...

Celular…………………………….…