|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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…………………………….…