

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO

“HOJA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA DE PACIENTE TRASLADADO”

Consideraciones Generales: El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejerciendo presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados. Los datos registrados en el mismo son de notificación obligatoria.

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

- 1.Cuando el Personal de Salud traslada al caso de TB de su Servicio de Salud a otro.
- 2.Cuando el Personal de Salud ingresa y realiza la contrareferencia del caso de TB a Servicio de Salud de otro.

Encabezado del Formulario

Región Sanitaria: Anotar el nombre de la Región Sanitaria, en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.

Distrito: Anotar el nombre del Distrito, en el cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: registrar el número que corresponde al Distrito.

Establecimiento: Anote el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención. Código: registrar el número que corresponde al establecimiento de salud.

Código: Registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.

Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que brinda el servicio al usuario.

Nro.de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que brinda el servicio (línea baja y/o celular)

Fecha de Identificación: Anotar dd/mm/aa (dd: día, mm: mes y aa: año) en que el caso de TB es identificado independientemente del servicio que identifica.

Fecha de Notificación: Anotar dd/mm/aa en que el caso de TB es notificado al Nivel Nacional. En el caso de que la misma se encuentre vacía, implicaría que el caso no fue notificado aún.

Fecha del Traslado: Anotar dd/mm/aa en que el caso de TB es trasladado del Servicio de Salud.

Cuerpo del formulario

1. Datos de Identificación

1.1. Documento de Identificación: en el círculo correspondiente debe marcar con una “X” el tipo de documento – sea este CI (Cédula de Identidad), pasaporte o carné indígena- y posteriormente en Nro. el número del documento. Y en el caso de que no tenga consigo su documento y no conozca el número porta marcar con una “X” el círculo que indica No porta. En caso de no tener documento de identidad marcar con una “X” el círculo que indica que No tiene. En ambos casos (No porta o No tiene) asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo. José Martínez González- 15 de febrero de 1973. JM150273. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.

1.2. Nombres y Apellidos: Anotar con letra legible el/los Nombre/s y Apellido/s del/la paciente con TB.

1.3. Fecha de Nacimiento: anotar la fecha: día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del paciente. Si desconoce la fecha de nacimiento aplicar el proceso descrito en el 1.1., para ese caso.

1.4. Edad: Anotar la edad del/la paciente, en años cumplidos.

1.5. Sexo: Marcar con una “X” en el círculo correspondiente al sexo, M (masculino) o F (femenino).

1.6. Etnia: marcar con “X” en No Aplica en caso que el/la paciente con TB no es indígena, y Aplica, en el caso de ser indígena.

1.7. Especificar: En el caso que Aplique el Ítem de Etnia especificar la parcialidad o pueblo indígena al cual pertenece. Ejemplo: Aché, Avá Guaraní, Ayoreo, Mbya, Maka, otros.

1.8. Lugar de Nacimiento: anotar el lugar de nacimiento del paciente ciudad/departamento.

1.9. Nacionalidad: anotar la nacionalidad del/la paciente.

2. Datos de Residencia Habitual

2.1. Departamento: escribir el nombre del departamento en el que habitualmente reside el/la paciente.

2.2. Distrito/Ciudad: escribir el nombre del distrito y/o ciudad, en el que habitualmente reside el/la paciente.

2.3. Área: Marcar con una “X” el círculo correspondiente al área en la que reside el/la paciente según corresponda: urbana o rural.

2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena: escribir el nombre del barrio, compañía, asentamiento o comunidad indígena en el que reside el/la paciente.

2.5. Calle y Nro. de Casa: anotar el/los nombre/s de la/s calle/s y el Nro. de casa en el que reside el/la paciente o Nro. de departamento en caso que resida en un edificio.

2.6. Referencia: escribir el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio de el/la paciente.

2.7. Nro. de Teléfono: anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) de el/la paciente ó de algún referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el paciente.

2.8.Penitenciaria: Marcar con una “X” el círculo No Aplica si el/la paciente no se encuentra recluido en una penitenciaria y Aplica si el/la paciente se encuentra en algún centro penitenciario, en este caso Especificar el nombre del mismo.

3. Clasificación de Riesgo de TB

3.1. Población de Riesgo: marcar con una “X” el/los círculos correspondientes a la situación del paciente de acuerdo a:

3.1.1. Contacto de un caso de TB: si el/la paciente tiene un contacto de TB sensible sea pulmonar y/o extrapulmonar.

3.1.2. Contacto de un caso de TB DR (TB Drogo Resistente): si el/la paciente tiene un contacto de TB resistente sea pulmonar y/o extrapulmonar.

3.1.3. Persona privada de su libertad: si el/la paciente esta o estuvo privado de su libertad.

3.1.4. Personal de salud: si el/la paciente es Personal de Salud, sea administrativo o técnico.

3.1.5. Población indígena: si el/la paciente corresponde a un pueblo indígena.

3.2 Situación de Riesgo, marcar con una “X” el círculo de acuerdo a la situación de riesgo que presente el paciente.

3.2.1. Diabetes: si el/la paciente padece de Diabetes Mellitus marcar Sí; en caso de no padecer de la enfermedad marcar No; si el paciente y/o personal de Salud no conoce de su patología marcar Desconoce.

3.2.2. Tabaquismo: si el/la paciente fuma marcar Sí; en caso de no fumar o haber dejado de fumar por más de un año marcar No. En el caso de que el paciente fume indicar la Cantidad diaria: indicar en paquetes/año (cantidad de cigarrillos por día x año/20. Ejemplo: la persona fuma 10 cigarrillos por día por 30 años: 10 x 30/20= 15)). Años, indicar el número de años que lleva fumando.

3.2.3. EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): si el/la paciente padece de EPOC marcar Sí; en caso de no padecer de la enfermedad marcar No; si el paciente y/o personal de Salud no conoce de su patología marcar Desconoce.

3.2.4. Adicciones: si el/la paciente tiene adicción a sustancias nocivas marcar Sí; en caso de no tener ninguna adicción de sustancias nocivas marcar No. En caso afirmativo Especificar tipo de sustancia (alcoholismo, drogas ilícitas- crack, marihuana, cocaína, inyectables, popper, cola de zapatero, éxtasis, etc.)

3.2.5 Otros: especificar otros tipos de padecimientos que se considere de riesgo. (colagenopatías, neoplasias, con trasplante de órganos, diálisis, etc.).

3.3 Factor de riesgo: marcar con una “X” el círculo correspondiente.

3.3.1. VIH: en caso que el/la paciente sea un caso conocido de VIH.

3.3.2. CTV: si el Personal de Salud ofreció la CTV (Consejería y testeo voluntario para el VIH).

3.3.2.1. Consejería: marcar con una “X” en el círculo Sí, en el caso que el/la paciente recibió consejería o No, en el caso que no la recibió.

3.3.2.2. Rechazó test: marcar con una “X” en el círculo rechazó el test, en el caso que el/la paciente se niega a realizar el test rápido de VIH.

3.3.2.1.1. Resultado de Test rápido: Si lo realizó indicar el resultado del test del test rápido marcando con una “X” en el círculo del resultado, donde 0 (cero) es No Reactivo y 1 (uno) es Reactivo. Fecha: indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aaaa.

4. Resultado de Análisis de Laboratorio

4.1. En la casilla **Tipo de Muestra**, especificar el tipo de muestra analizada. Ej.: Espudo, LCR, Secresiones, etc.

En la fila correspondiente, Anotar los resultados y fechas, del diagnóstico.

Baciloscopia: Anotar el resultado de baciloscopia. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Cultivo: Anotar en la celda correspondiente, el resultado obtenido. 0 = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias), + = 20-100 colonias, ++ = >100 colonias, +++ = innumerables o crecimiento confluyente; **CC=** Cuando el Cultivo es Contaminado. Y en la celda **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Tipificación: en la celda correspondiente a la muestra seleccionada, anotar el resultado de la tipificación (MTB (Mycobacterium tuberculosis) o NoMTB (No Mycobacterium tuberculosis). Y en la celda Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

PSD (Prueba de sensibilidad): Anotar en la celda correspondiente a la muestra seleccionada, el resultado de la Prueba de Sensibilidad, en la columna Sensible anotar las sigla de la/s droga/s a la cual es sensible y en la columna Resistente anotar las sigla de la/s droga/s a la cual es resistente. Ejemplo: en la casilla Sensible: “HZE” y en Resistente “R”. Fechas indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

GeneXpert: en la celda correspondiente a la muestra seleccionada, anotar el resultado del análisis en cuanto al GeneXpert. T = MTB detectado, Resistencia a rifampicina no detectada, RR = MTB detectada, Resistencia a rifampicina detectada, TI = MTB detectada, Resistencia a rifampicina indeterminada, N = MTB no detectada, I = inválido / sin resultados / error. Fechas indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

4.2. Otros estudios de diagnóstico: Anotar otro/s estudio/s realizados y los resultados del mismo. Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

5. Información sobre el Caso de TB.

5.1 Definición del Caso: Marcar con una “X” el círculo correspondiente al tipo de diagnosticado realizado.

5.1.1. TB Bacteriológicamente confirmado.

5.1.2. TB clínicamente diagnosticado.

5.2. Localización Anatómica: Marcar con una “X” el círculo correspondiente a la localización anatómica de la enfermedad.

5.2.1. Pulmonar

5.2.2. Extrapulmonar. En el Caso de Extrapulmonar Especificar: anotando la localización de la misma.

5.3. Resistencia a medicamentos: Marcar con una “X” la opción correspondiente a las pruebas de sensibilidad a los medicamentos (PSD) de los aislados clínicos confirmados como M. tuberculosis:

5.3.1. Sensible.

5.3.2. Resistente.

En el caso de ser Resistente Marcar con una “X” la clasificación de la Resistencia: Monoresistente, Poliresistente, TB-MDR, TB-XDR, TB-RR.

5.4. Historia de Tratamiento previo: Marcar con una “X” una de las opciones de acuerdo a la clasificación basada en la historia de tratamiento previo de TB independiente de la confirmación bacteriológica o localización de la enfermedad:

5.4.1. Paciente Nuevo

5.4.2. Paciente con recaída

5.4.3. Paciente con tratamiento después de fracaso

5.4.4. Paciente con tratamiento después de la pérdida en el seguimiento

5.4.5. Otros pacientes previamente tratados

5. 4.6. Paciente con historia desconocida de tratamientos previos por TB

6. Información sobre tratamiento actual

6.1 Inicio del Tratamiento: anotar dd/mm/aaaa de inicio del tratamiento. Peso: indicar en Kg el peso del/la paciente al momento del traslado.

6.2 Esquema de Tratamiento: Anotar el esquema de tratamiento (Esquema de TB Sensible o Esquema de TB Resistente) y la fase (1 o 2). En las celdas inferiores, en cada casilla correspondiente a la Dosis anotar dosis diaria (Comprimido) debajo de la droga correspondiente según esquema y en cada casilla correspondiente a Meses la cantidad de meses de tratamiento. Ejemplo: 4 comprimidos al día, 2 meses.

En la casilla Debe continuar especificar la droga, dosis diaria (comprimido) y el tiempo en meses. Ejemplo: Continuar con HR 2 comprimidos por 4 meses

6.3. Nombre del responsable del tratamiento: Anotar el nombre y apellido del médico o personal de salud tratante del/la paciente trasladado/a.

Nro. de Registro: Anotar el número de registro de profesional de salud si corresponde, en caso que no aplique este registro, anote NA.

Firma del Responsable: Registrar de firma del responsable del trasladado. Sello personal y del servicio de salud.

Debe presentarse al Servicio de Salud: Anotar el nombre del servicio de salud al cual debe presentarse el/la paciente, de la: anotar en números romanos la Región Sanitaria a donde el paciente es trasladado.t

El Servicio de Salud que traslada al paciente está obligado a informar al Establecimiento receptor sobre el mismo. A su vez, el establecimiento receptor está obligado a informar la recepción del mismo. También debe informar cuando el paciente no acudió al Establecimiento de Salud de referencia describiendo las medidas correctivas utilizadas para conocer el destino del paciente.

Una vez que reciba el original de este formulario la unidad receptora del paciente debe cortar el formulario para su remisión al Servicio de Salud remitente del paciente de TB y llenar cuanto sigue:

PARA ENVIAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ORIGEN

Establecimiento de Salud receptor: Anotar el nombre del servicio de salud que recepciona al paciente.

Región Sanitaria: anotar en números romanos, la Región Sanitaria respectiva.

Nombres y Apellidos del paciente referido: Anotar el mismo nombre registrado en 1.2 del presente formulario

Referido por el Establecimiento de Salud: Anotar el nombre que aparece en el encabezado del formulario con su respectiva Región Sanitaria.

Fecha: Anotar dd/mm/aaaa en que ha sido recibido el paciente.

Responsable: Anotar nombre y apellido, Firma y sello: registro de firma del responsable, el personal de salud que haya recibido al paciente.

Observación Importante. El Original se le debe dar al paciente y debe ser archivado en el establecimiento receptor, el Duplicado para el servicio de salud que traslada y el Triplicado para el encargado de la región.



HOJA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA

Región Sanitaria:_____Código _____

Distrito:_____Código _____

Establecimiento:_____Código _____

Responsable:_____Nro. de Teléfono _____

Fecha de Identificación:____/____/____Fecha de Notificación: ____/____/____Fecha de Traslado: ____/____/____

1. Datos de Identificación

1.1. Documento de Identificación:C.I. ☐Pasaporte ☐Carné Indígena ☐Nro. _____No porta ☐No tiene ☐

1.2. Nombres y Apellidos: _____

1.3. Fecha de Nacimiento: ____/____/____1.4. Edad: _____1.5. Sexo ☐F ☐M

1.6. Etnia: Aplica ☐No Aplica ☐1.7. Especificar: _____

1.8. Lugar de Nacimiento: _____1.9. Nacionalidad: _____

2. Datos de Residencia

2.1. Departamento: _____2.2. Distrito/Ciudad: _____

2.3. Área: Urbana ☐Rural ☐2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena: _____

2.5. Calle y Nro. de Casa _____

2.6. Referencia: _____

2.7. Nro. de Teléfono: _____2.8. Penitenciaria: No Aplica ☐Aplica ☐Especificar: _____

3. Clasificación de Riesgo

3.1. Población de Riesgo

3.2. Situación de Riesgo

3.1.1. Contacto TB ☐

3.1.2. Contacto TB-DR ☐

3.1.3. Privado de libertad ☐

3.1.4. Personal de Salud ☐

3.1.5. Población indígena ☐

3.2.1. Diabetes ☐Sí ☐No ☐Desconoce ☐

3.2.2. Tabaquismo ☐Sí ☐No ☐Cantidad diaria _____Años _____

3.2.3. EPOC ☐Sí ☐No ☐Desconoce ☐

3.2.4. Adicciones ☐Sí ☐No ☐Especificar: _____

3.2.5. Otro _____

3.3 Factor de Riesgo

3.3.1. PVIH ☐

3.3.2. CTV ☐

3.3.2.1. Consejería: Sí ☐No ☐

3.3.2.2. Rechazó test ☐

3.3.2.1.1. Resultado Test rápido: 0 ☐1 ☐Fecha: ____/____/____

4. Resultado de Análisis de Laboratorio (registre los resultados obtenidos antes del traslado)

Tipo de Muestra	Análisis de Laboratorio	Baciloscopía	Cultivo	Tipificación	PSD		Gene Xpert
					Sensible	Resistente	
	Resultado						
	Fechas	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Otros estudios de diagnóstico:					Fecha: / /		

5. Información sobre el caso de TB

5.1. Definición del Caso

5.1.1. TB Bacteriológicamente Confirmado ☐

5.1.2. TB Clínicamente Diagnosticado ☐

5.2 Localización Anatómica

5.2.1. Pulmonar ☐

5.2.2. Extrapulmonar ☐Especificar _____

5.3 Resistencia a Medicamentos

5.3.1. Sensible ☐

5.3.2. Resistente

Monorresistente ☐

Polirresistente ☐

TB-MDR ☐

TB-XDR ☐

TB-RR ☐

5.4. Historia del Tratamiento Previo

5.4.1. Paciente Nuevo ☐

5.4.2. Paciente con recaída ☐

5.4.3. Paciente con tratamiento después de fracaso ☐

5.4.4. Paciente con tratamiento después de la pérdida en el seguimiento ☐

5.4.5. Otros pacientes previamente tratados ☐

5.4.6. Paciente con historia desconocida de tratamientos previos por TB ☐

6. Información sobre Tratamiento Actual

6.1. Inicio del tratamiento: ____/____/____Peso: _____

6.2. Esquema de tratamiento: _____(favor indique en la casilla respectiva la dosis y cantidad de meses)

Droga	HRZE	HR	R	Z	E	S	Km	Cm	Cs	Cs	Eto	PAS	Lfx	Debe continuar con (especificar con):
Dosis Comp.														
Meses														

Observaciones: _____

6.3. Nombre del Responsable del Tratamiento: _____Nro. de Registro: _____

Firma del Responsable: _____Sello: _____

Debe presentarse al Servicio de Salud: _____de la: _____Región Sanitaria. El Servicio de Salud que traslada al paciente está obligado a informar al Establecimiento receptor sobre el mismo. A su vez, el establecimiento receptor está obligado a informar la recepción del mismo. También debe informar cuando el paciente no acudió al Establecimiento de Salud de referencia describiendo las medidas correctivas utilizadas para conocer el destino del paciente.

PARA ENVIAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ORIGEN

Establecimiento de Salud receptor: _____Región Sanitaria: _____

Nombres y Apellidos del paciente referido: _____

Referido por el Establecimiento de Salud: _____Región Sanitaria _____en Fecha: ____/____/____

Responsable: _____Firma y sello: _____