

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CASO DE TB.

Formulario 2.

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. En caso de marcar realizar con una X. Los ítems sin dato deben ser cerrados con una línea o raya. Los datos registrados en el mismo son de notificación obligatoria.

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

1. Cuando el Personal de Salud notifique el caso diagnosticado en el servicio, ingrese o no en tratamiento, en este caso envía al nivel superior.
2. Cuando el Personal de Salud reciba un caso trasladado, y para dar continuidad, en este caso NO se envía al nivel superior.

Encabezado del Formulario: (ANVERSO)

Nº de Orden: Anotar en números correlativos empezando por el 01, que sería el primer caso de TB (Pulmonar o/y Extrapulmonar) en el servicio. Esto será correlativo hasta finalizar el año, aún si el caso es un traslado de entrada se debe numerar como un caso por el servicio que recibe al paciente.

Región Sanitaria: Anotar el nombre del departamento en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Ej.: Concepción. Anotar al lado en Código, el número de código correspondiente a la Región Sanitaria.

Distrito: Anotar el nombre del distrito donde está ubicado el establecimiento de salud y en Código el número de código correspondiente al Distrito.

Establecimiento: Anotar el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención. Anotar al lado en Código, el número de código correspondiente al servicio de salud.

Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que completa el Formulario.

Nº. de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que completa el Formulario (línea baja y/o celular)

Inició Tratamiento: Marcar con una "X" el círculo ***Si*** en el caso de que el paciente inicia tratamiento y ***Fecha de inicio:*** Anotar dd/mm/aa en que inicia tratamiento. y ***No*** en el caso que el paciente no inicia tratamiento., en **Motivo:** Anotar el porqué no inicio tratamiento el caso de TB.

TDO/TAES: Marcar con una "X" el círculo ***Si***, en el caso que el paciente realiza el Tratamiento Directamente Observado (TDO) y ***No*** en el caso que el paciente no realiza el TDO.

Esquema de Tratamiento: Marcar con una "X" el círculo ***Sensible*** en el caso que el/la paciente realice esquema de TB Sensible y ***Resistente*** en el caso de realizar Esquema de TB Resistente.

Duración total de tratamiento: Indicar el número de meses que el paciente realizara el tratamiento. Ejemplo: 6, 9, 12, 18 o 24.

Cuerpo del formulario

1. Datos de Identificación

1.1. Documento de Identificación Nº: Anotar el número (Nro.) del documento de identificación de la cedula de identidad, en el caso de que no tenga número de documento 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 la edad del paciente del año en curso. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014-30= 1984). La codificación sería **JM010884**.

En el círculo correspondiente debe marcar con una "X" el tipo de documento – sea este CI (Cédula de Identidad) o carné indígena o Código (en el caso que se le asigne un código) según corresponda.

1.2. Primer Nombre: anotar con el primer nombre del paciente.

1.3. Segundo Nombre: anotar el segundo nombre del paciente.

1.4. Primer Apellido: anotar el primer apellido del paciente.

1.5. Segundo Apellido: anotar el segundo apellido del paciente.

1.6. Apellido de Casada: anotar en caso que corresponda el apellido de casada de la paciente, conforme a su documento de identidad, si no es casada cerrar el espacio.

1.7. Etnia: marcar con "X" en ***No Aplica*** en caso de que el paciente no es indígena, y ***Aplica***, en el caso de ser indígena.

1.7.1. 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, etc.*

1.8. 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 descripto en el 1.1., para ese caso.

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

1.10. Sexo: Marcar con una "X" en el círculo correspondiente al sexo del paciente F (femenino) o M (masculino).

1.11. Lugar de Nacimiento: anotar la ciudad de nacimiento del paciente.

1.12. Nacionalidad: anotar la nacionalidad del paciente.

2. Datos de Residencia Habitual

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

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

2.3. Área: Marcar con una "X" el círculo correspondiente al área en la que reside el 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 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 paciente o Nro. de departamento en caso que resida en un edificio, si la calle no tiene nombre cerrar el espacio.

2.6. Referencia: escribir el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio de el/la paciente, como escuelas, canchas, capillas, iglesias, médicos naturalistas, etc.

2.7. Nro. de teléfono: anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) del 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 paciente no se encuentra recluso en una penitenciaría y ***Aplica*** si el paciente se encuentra en algún centro penitenciario, en este caso en el ítem Especificar colocar el nombre del centro penitenciario.

3. Educación formal y situación laboral

3.1. Nivel de Educación: Marcar con "I" si la escolaridad es Incompleta y con "C" si la escolaridad es completa el nivel de educación del paciente con TB según corresponda: 3.1.1. Inicial (Jardín a Preescolar), 3.1.2. Escolar Básica (1° al 9° grado), 3.1.3. Nivel Medio (1° al 3° año ó 4° al 6° curso), 3.1.4. Terciario/Universitario, 3.1.5. Ninguno.

3.2. Situación laboral: Marcar con una "X" en el círculo correspondiente a la situación laboral del paciente, 3.2.1. No Aplica, en el caso de menor de edad y estudiante, 3.2.2. No trabaja, en el caso que no tenga trabajo remunerado; 3.2.3. Trabaja, en el caso que el paciente tenga remuneración por el trabajo que realiza, sea independiente o no. ***Lugar de trabajo*** anotar el lugar de trabajo fijo, en caso de ser independiente pregunte al paciente donde ofrece sus servicios en el momento del registro del caso.

3.3. Profesión/Ocupación: Anotar la profesión u ocupación que ejerce el/la paciente. Ej. Ocupación: Albañil.

4. Seguro Médico

Marcar con una "X" en el círculo según corresponda. ***Si***, en el caso de que el paciente cuente con seguro médico; ***No***, si el mismo no cuenta con seguro médico o; ***No sabe***, si no conoce de que si cuenta o no con la existencia del mismo.

4.1. En el caso de contar con un seguro médico, marcar con una "X" la opción correspondiente.

4.1.1. IPS, 4.1.2. Sanidad Policial, 4.1.3. Sanidad Militar, 4.1.4. Otro, en este caso Especificar el nombre del Seguro Medico al cual corresponde.

5. Clasificación de Riesgo de TB.

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

5.1.1. Contacto de un caso de TB: si el paciente tiene un contacto de TB sensible, sea pulmonar y/o extrapulmonar en tratamiento o diagnosticado hace 2 años.

5.1.2. Contacto de un caso de TB DR (TB Drogo Resistente), si el paciente tiene un contacto de TB resistente sea pulmonar y/o extrapulmonar en tratamiento o diagnosticado hace 2 años.

5.1.3. Persona privada de su libertad, si el paciente está o estuvo privado de su libertad hace 2 años.

5.1.4. Personal de salud, si el paciente es Personal de Salud, sea administrativo o personal de blanco.

5.1.5. Población indígena, si el paciente corresponde a un pueblo indígena.

5.1.6. Situación de Calle, si el paciente es indigente, sin hogar, sin domicilio fijo, sin domicilio bien establecido, sin domicilio permanente.

5.1.7. Situación de hacinamiento, si el paciente vive en casa hogar, refugios, albergues, asilos, etc.

5.1.8. Migrante, si el paciente es desplazado desde un país a otro, especialmente en los últimos dos años.

5.1.9. No Aplica, en el caso que las opciones citadas anteriormente no corresponde al paciente.

5.2. Situación de Riesgo, marcar con una "X" el círculo de acuerdo ***Si*** corresponde a la situación de riesgo que presente el paciente.

5.2.1. Diabetes, si el paciente padece de Diabetes Mellitus marcar el círculo; en caso de padecer de la enfermedad marcar el círculo si recibe tratamiento vía oral o si es con insulina.

5.2.2. Tabaquismo si el paciente fuma marcar el círculo. 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.

5.2.3. EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), si el/la paciente padece de EPOC marcar el círculo.

5.2.4. Adicciones: si el paciente tiene adicción a sustancias nocivas marcar el círculo. ***Especificar*** tipo de sustancia (alcoholismo, drogas ilícitas- crack, marihuana, cocaína, inyectables, popper, cola de zapatero, éxtasis, etc.)

5.2.5. Trastornos psíquicos: marcar en el círculo en el caso que existe Trastornos psíquicos. Especificar. (Depresión, esquizofrenia, etc.). Marcar ***Si*** en el caso que está en tratamiento y ***No*** en el caso que no recibe tratamiento.

5.2.6. Otros: marcar en el círculo en el caso que existe una situación de riesgo. Especificar otros tipos de padecimientos que se considere de riesgo. (colagenopatías, neoplasias, trasplante de órganos, diálisis, etc.).

5.2.7. No Aplica: marcar el círculo si el paciente no tiene ninguna de las situación de riesgo anteriormente citadas.

5.3. Estado de VIH, marcar con una "X" el círculo correspondiente.

5.3.1. CTV, marcar el círculo ***Si***, en caso que el Personal de Salud ofreció la CTV (Consejería y testeo voluntario para el VIH) y ***No*** en caso de que no ofreció consejería y testeo. ***Rechazó test:*** marcar en el círculo rechazó el test, en el caso que el/la paciente se niega a realizar el test rápido de VIH. En caso de **menores de 18 meses** no se realizará CTV, dicho caso deberá marcar el círculo si es un menor de 18 meses.

5.3.2. Resultado de Test rápido: Si realizó el test 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/aa.

5.3.3. PVIH, en caso que el paciente convive con el VIH. Si es un PVIH marcar el círculo ***Si*** en el caso de tener tratamiento ARV (antirretroviral) y No en el caso de no realizar tratamiento.

6. Evaluación actual del paciente.

5.4.1. Peso: Se deberá anotar el peso en kg. del paciente según corresponda.

5.4.2. Talla: Se deberá anotar la talle en cm. del paciente según corresponda.

5.4.3. Embarazo: Se deberá marcar Si en el caso que la paciente se encuentre embarazada ó No EN EL CASO de que no esté embarazada. En caso de estar embarazada anotar en ***Edad Gestacional***, la edad gestacional en semanas de embarazo

5.4.4. Glicemia Resultado: Se deberá anotar el resultado según corresponda de: HGT (Hemoglucotest) en mg/dL. Glicemia Basal en mg/dL y/o tolerancia de la glucosa en mg/dL..

6. Resultado de Análisis de diagnóstico.

6.1. Es las siguientes casillas Transcribir puntualmente los resultados recibidos del Laboratorio y fecha de lectura del mismo.

Baciloscopia: Anotar en la celda ***1. Resultados, 2. Resultados, 3. Resultados*** correspondiente, el resultado de baciloscopia. Neg = 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 de la fila ***1. Resultados, 2. Resultados, 3. Resultados*** correspondiente, el resultado obtenido. Neg = reportado sin crecimiento, (1-9) = <10 colonias (reportar número de colonias), + = 10-100 colonias, ++ = >100 colonias, +++ = innumerables o crecimiento confluyente. Y en la celda ***Fecha*** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Tipificación: en la celda de la fila ***1. Resultados, 2. Resultados, 3. Resultados*** correspondiente correspondiente a la muestra seleccionada, anotar el resultado de la tipificación (MTB (*Mycobacterium tuberculosis*) o No MTB (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 de la fila ***1. Resultados, 2. Resultados, 3. Resultados*** correspondiente correspondiente a la muestra seleccionada, el resultado de la Prueba de Sensibilidad, en la columna ***Sensible*** anotar las iniciales o nomenclaturas de la/s droga/s a la cual es sensible y en la columna ***Resistente*** anotar las iniciales o nomenclaturas de la/s droga/s a la cual es resistente. Ejemplo: en la casilla Sensible: "HZE" y en Resistente "R". ***Fecha*** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

GeneXpert: en la celda de la fila ***1. Resultados, 2. Resultados, 3. Resultados*** correspondiente 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. ***Fecha*** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Tipo de Muestra: en la celda de la fila ***1. Resultados, 2. Resultados, 3. Resultados*** el tipo de muestra al que corresponde el resultado de la muestra. Ej. Espudo, secreción, LCR, orina, etc.

Otros estudios de diagnóstico: Anotar otro/s estudio/s realizados y los resultados del mismo, tales como Biopsia, Radiografía, etc. ***Fecha*** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

7. Información sobre el Caso de TB Diagnosticado.

7.1 Definición del Caso: Marcar con una "X" el círculo correspondiente al tipo de diagnosticado realizado.

7.1.1. TB Bacteriológicamente confirmado.

7.1.2. TB clínicamente diagnosticado.

Si el paciente cuenta con ambas formas marcar ambas opciones.

7.2. Localización anatómica: Marcar con una "X" el círculo correspondiente a la localización anatómica de la enfermedad.

7.2.1. Pulmonar

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

7.3. Resistencia a Medicamentos: Marcar con una "X" una de las opciones de acuerdo a las pruebas de sensibilidad a los medicamentos (PSD) de los aislados clínicos confirmados como *M. tuberculosis*:

7.3.1. Sensible.

7.3.2. Resistente.

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

7.4. 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:

7.4.1. Paciente Nuevo

7.4.2. Paciente con recaída

7.4.3. Paciente con tratamiento después de fracaso

7.4.4. Paciente con tratamiento después de pérdida en el seguimiento

7.4.5. Otros pacientes previamente tratados

7.4.6. Paciente con historia desconocida de tratamientos previos por TB

Observación Importante: El original debe ser remitido al PNCT, por cuanto se podrá especial cuidado en el registro del mismo. El duplicado (cartulina) queda en el servicio. En caso de trasladar al paciente a otro servicio, la cartulina de este formulario debe quedar en el servicio que traslada, marcando el alta traslado con la fecha correspondiente.

Ficha de Notificación y Seguimiento del caso de TB

Formulario 2

Nro. de Orden:

Región Sanitaria:		Código:													
Distrito:		Código:													
Establecimiento:		Código:													
Responsable:		Nº de Teléfono:													
Inició Tratamiento: ☐ Sí ☐ No ☐ Fecha de inicio: ____/____/____ Motivo: _____															
TDO/TAES: ☐ Sí ☐ No ☐ Esquema de Tratamiento: Sensible ☐ Resistente ☐ Duración total de tratamiento: _____															
1 Datos de Identificación															
1.1. Documento de identificación Nº:		C.I. ☐ Pasaporte ☐ Carné Indígena ☐ Código ☐													
1.2. Primer Nombre:		1.3. Segundo Nombre:													
1.4. Primer Apellido:		1.5. Segundo Apellido:													
1.6. Apellido de casada:		1.7. Etnia: No Aplica ☐ Aplica ☐ 1.7.1. Especificar: _____													
1.8. Fecha de Nacimiento: ____/____/____		1.9. Edad: ____ 1.10. Sexo: F ☐ M ☐													
1.11. Lugar de Nacimiento:		1.12. Nacionalidad:													
2 Datos de Residencia habitual															
2.1. Departamento:		2.2. Distrito/Ciudad:													
2.3. Área: Urbana ☐ Rural ☐		2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena:													
2.5. Calle y Nº de casa:															
2.6. Referencia:															
2.7. Nº de teléfono:		2.8. Penitenciaria: No Aplica ☐ Aplica ☐ Especificar: _____													
3 Educación Formal y Situación Laboral															
3.1. Nivel de Educación: 3.1.1. Inicial ☐ 3.1.2. Escolar Básica ☐ 3.1.3. Nivel Medio ☐ 3.1.4. Terciario/Universitario ☐ 3.1.5. Ninguno ☐															
3.2. Situación Laboral: 3.2.1. No aplica ☐ 3.2.2. No trabaja ☐ 3.2.3. Trabaja ☐ Lugar de trabajo: _____															
3.3. Profesión / Ocupación: _____															
4 Seguro Médico ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe ☐															
4.1. 4.1.1. IPS ☐ 4.1.2. Sanidad Policial ☐ 4.1.3. Sanidad Militar ☐ 4.1.4. Otro ☐ Especificar: _____															
5 Clasificación de Riesgo de TB															
5.1. Población de Riesgo		5.2. Situación de Riesgo													
5.1.1. Contacto TB ☐ 5.1.6. Situación de Calle ☐		5.2.1. Diabetes ☐ Tto. Vía Oral ☐ Tto. Insulina ☐													
5.1.2. Contacto TB-DR ☐ 5.1.7. Situación de hacinamiento ☐		5.2.2. Tabaquismo ☐ Cantidad diaria ____ Años ____													
5.1.3. Privado de libertad ☐ 5.1.8. Migrante ☐		5.2.3. EPOC ☐													
5.1.4. Personal de Salud ☐ 5.1.9. No Aplica ☐		5.2.4. Adicciones ☐ Especificar: _____													
5.1.5. Población indígena ☐		5.2.5. Trastorno Psíquico ☐ Especificar: _____ Tto. Si ☐ No ☐													
		5.2.6. Otros ☐ Especificar: _____													
		5.2.7. No Aplica ☐													
5.3. Estado de VIH															
5.3.1. CTV: Consejería ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazó test ☐ Menor de 18 meses ☐															
5.3.2. Resultado Test rápido: 0 ☐ 1 ☐ Fecha: ____/____/____ 5.3.3. PVIH ☐ ARV: ☐ Sí ☐ No ☐															
5.4. Evaluación actual del paciente															
5.4.1. Peso: ____ 5.4.2. Talla: ____ 5.4.3. Embarazo: ☐ Sí ☐ No ☐ Edad Gestacional: ____															
5.4.4. Glicemia Resultado: HGT ____ mg/dL Glicemia Basal ____ mg/dL Test de Tolerancia a la Glucosa ____ mg/dL															
6 Resultado de Análisis de diagnóstico del Laboratorio (transcribir puntualmente los resultados recibidos del Laboratorio)															
6.1.		Muestras		Baciloscopía		Cultivo		GeneXpert		PSD		Tipo de Muestra		Otros estudios de diagnóstico	
										Sensible		Resistente			
1. Resultado															
Fecha		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____			
2. Resultado															
Fecha		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____			
3. Resultado															
Fecha		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____	
7 Información sobre el Caso de TB Diagnosticado															
7.1. Definición del Caso				7.4. Historia del Tratamiento Previo											
7.1.1. TB Bacteriológicamente Confirmada ☐				7.4.1. Paciente Nuevo ☐											
7.1.2. TB Clínicamente Diagnosticada ☐				7.4.2. Paciente con recaída ☐											
7.2. Localización Anatómica				7.4.3. Paciente con tratamiento después de fracaso ☐											
7.2.1. Pulmonar ☐				7.4.4. Paciente con tratamiento después de la pérdida en el seguimiento ☐											
7.2.2. Extrapulmonar ☐ Especificar: _____				7.4.5. Otros pacientes previamente tratados ☐											
7.3. Resistencia a Medicamentos				7.4.6. Paciente con historia desconocida de tratamientos previos por TB ☐											
7.3.1. Sensible ☐				7.3.2. Resistente:											
				Monorresistente ☐											
				Polirresistente ☐											
				TB-MDR ☐											
				TB-XDR ☐											
				TB-RR ☐											

Original: PNCT - Duplicado: Servicio de Salud

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CASO DE TB SENSIBLE.
Formulario 2 (REVERSO)

Consideraciones Generales: El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos.

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

Para el seguimiento del Caso de TB en tratamiento dentro del Servicio de Salud.

Aquí se consignarán los datos del tratamiento realizado al paciente, durante la fase inicial y la de continuación. Ambas fases están divididas en celdas numeradas del 1 al 31 acordes al calendario, de forma a que pueda marcarse con una “X” los días en que el paciente haya recibido su dosis durante su tratamiento en caso de realizar TDO, en caso de no TDO colocar un círculo donde determinan la fecha que fue entregado la medicación al paciente desde-hasta de ese mes, marcando de manera transversal el resto de los cuadros que quedan en medio de ambos círculos; el círculo pintado que se encuentra en el cuadro bajo la numeración indica que en esa fecha llega a cumplir 1 mes de tratamiento.

FASE INICIAL (1)

MES Y AÑO: en la primera fila, se registrará el mes y año en que el/la paciente inicia su tratamiento. Ej.: si el paciente comienza el 5 de mayo de 2017, se registrará con el mes y el año (Mayo 2017), posteriormente se marca con una “X” en la fecha 5 correspondiente a la primera toma y se tacha los días anteriores con una raya horizontal, a fin de evitar confusiones.

A partir de esa fecha, se administrará el medicamento de forma diaria de lunes a sábado y se marcará en el carné cada día del mes que el paciente recibe su dosis de antibacilares. Los días domingos no se administrará el medicamento, por ello, se colocará la letra “D” (domingo) con un color rojo para que llame la atención, en cada fecha, de acuerdo al calendario donde se visualicen los domingos en ese mes.

Se anula la fecha 31, en caso de que el mes solo traiga 30 días.

Una vez finalizado la fila del mes de tratamiento, registrar en la columna **DOSIS Y DROGAS RECIBIDA**, las drogas y las dosis recibidas durante ese mes. La Dosis equivale a días en que tomo la medicación. Ejemplo: 16 HRZE.

En caso que se prolongue la fase inicial se seguirá marcando los días pronlogados.

PESO: registrar el peso del/la paciente en Kg. (Kilogramos) de manera mensual durante el tratamiento.

Una vez terminada la fase la **FASE INICIAL** de tratamiento, se deberá completar las casillas de la **FASE DE CONTINUACIÓN (2)**.

FASE DE CONTINUACIÓN (2)

MES Y AÑO: en la primera fila, se registrará el mes y año en que el paciente inicia la **FASE DE CONTINUACIÓN**, se aplica en mismo llenado de la **FASE INICIAL**.

Una vez finalizado la fila del mes de tratamiento, registrar en la columna **DOSIS Y DROGAS RECIBIDA**, las drogas y las dosis recibidas durante ese mes. La Dosis equivale a días en que tomo la medicación. Ejemplo: 26 HR.

PESO: registrar el peso del/la paciente en Kg. (Kilogramos) de manera mensual durante el tratamiento.

Control Clínico Bacteriológico

Esta sección está dividida en cuatro columnas principales, que son: **Baciloscopía** con celdas para registrar el **(Resultado y Fecha)** y **Cultivo** con celdas para registrar **(Resultado y Fecha)**, correspondiente al mes

Baciloscopía

Resultado: Anotar en la celda correspondiente, el resultado de baciloscopía. Neg = 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. Neg = reportado sin crecimiento, (1-9) = <10 colonias (reportar número de colonias), + = 10-100 colonias, ++ = >100 colonias, +++ = innumerables o crecimiento confluyente. Y en la celda **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Esquema tratamiento Sensible

Nro. De Meses: registrar el número de meses que durará el tratamiento, incluidas las dos fases. Generalmente el esquema de tratamiento sensible dura 6 meses, pero existen excepciones:

1. Cuando es un tipo de TB grave (TB miliar, mal de Pott, Meningitis tuberculosa) donde dura 12 meses;
2. En caso de que se prolongue la primera fase cuando el control de 2do mes, resulta positivo y en espera del resultado de cultivo, se sigue con HRZE.
3. Cuando el médico especialista decide extender el tratamiento, de acuerdo a la/las patologías que presente el/la paciente y su condición de salud.

Fase Inicial

En esta sección, se anotarán las **Drogas y Dosis recibidas**, durante toda la fase inicial.

Ej: Durante la primera fase se administraron Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol, representadas por las siglas HRZE. En un total de 52 dosis, correspondientes a dos meses de tratamiento. En cada mes, se administran 26 dosis, que son 26 días, lo que suma 52 dosis.

Drogas: HRZE

Dosis: 52

Fase de continuación

De la misma forma que el anterior, se anotarán las drogas recibidas y el total de dosis de la fase de continuación.

Ej: durante la Fase de Continuación, se recibieron Isoniacida y Rifampicina (HR), durante cuatro meses (cada mes se administran 26 dosis, una por día)

Drogas: HR

Dosis: 104

Administración del Tratamiento

Supervisado Fase 1: marcar con una “X”; ***Si*** en el caso de realizar tratamiento directamente observado (TDO) o ***No***, en caso ser autoadministrado; en la fase 1 (Inicial). En este caso anotar cantidad de día en promedio que se da los medicamentos al paciente. Ej. 6 días.

Supervisado Fase 2: marcar con una “X”; ***Si*** en el caso de realizar tratamiento directamente observado (TDO) o ***No***, en caso ser autoadministrado; en la fase 2 (Continuación). En este caso anotar cantidad de día en promedio que se da los medicamentos al paciente. Ej. 6 días.

Modalidades del TAES (Tratamiento Estrictamente Supervisado).

Si se marcó **“Si”** en la sección anterior debe Marcar la Modalidad del TAES, correspondiente a la Fase del Tratamiento (Fase 1 y Fase 2) estos pueden ser:

En Servicio: cuando el paciente, acude al servicio para recibir su medicación.

Fuera del Servicio: cuando el personal de salud va hasta la casa del paciente para administrar la medicación.

En la Comunidad: cuando un promotor de salud, agente comunitario, líder de comunidad o alguna persona de la comunidad administra la medicación al paciente.

Familiar: cuando alguna persona de la Familia administra la medicación al paciente.

TOV (tratamiento observado por vídeo) Puede reemplazar al TDO cuando la tecnología de comunicación está disponible tanto para el personal de salud y para el paciente (ej. Videollamada por whatsapp cuando el paciente toma los medicamentos)

Responsable del tratamiento (Firma y sello): registrar la firma y sello del personal de salud que está encargado de administrar el tratamiento al paciente.

Teléfono: anotar el número de teléfono línea baja o celular del responsable.

Signos de intolerancia/RAFA

Si el paciente manifiesta algún evento adverso, el encargado de realizar TDO o el médico detectan la sospecha de RAFA, debe anotar fecha y signos, es importante realizar la notificación del caso en la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DNVS), a través del Departamento de Farmacovigilancia establece la notificación espontánea.

En esta sección, anotar los signos de RAFA que se observe o refiera el/la paciente (para ello, tener en cuenta la sección de RAFA de las Guías Nacionales de TB). Registrar también la fecha en la cual se presenta.

Resultado de Tratamiento (Colocar la fecha donde corresponda)

Se anotará la fecha en dd/mm/aa de acuerdo al Resultado de tratamiento, teniendo en cuenta las definiciones operacionales. ***Curado, Tratamiento completo, Fracaso al tratamiento, Fallecido, Pérdida en el seguimiento y/o Traslado.***

Observación Importante

Este documento quedara en el Servicio de Salud donde el paciente realiza el tratamiento. En caso de trasladar al paciente esta cartulina debe quedar en el servicio que realiza el traslado.

[illegible]