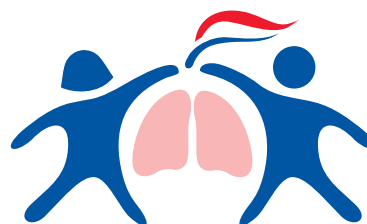




TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
Motenondéha
Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETĀ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

*Paraguay
de la gente*



PROGRAMA NACIONAL DE
**Control de la
Tuberculosis**

Formulario 3

**Informe Mensual de Casos de TB
y Control de Tratamientos**



Tte. Cnel. Mauricio Escobar c/ Víctor Hugo.
Barrio Bella Vista
Tel. /Fax: (021) 290 238 / 293 344
E-mail: pnct_py@yahoo.es
Asunción - Paraguay



■ TETĀ REKUĀI
■ GOBIERNO NACIONAL

*Paraguay
de la gente*

Formulario 3

Informe Mensual de Casos de TB
y Control de Tratamientos



Establecimiento de Salud: _____

Responsable: _____

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE CASOS DE TB Y CONTROL DE TRATAMIENTO.
FORMULARIO 3

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. Los ítems sin dato deben ser cerrados con una línea o raya.

Este Formulario será llenado en el siguiente caso.

1. Cuando el Personal de Salud notifica a los casos de TB en seguimiento durante todo el ciclo del tratamiento del mismo.

Encabezado del Formulario

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

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.

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

Período del Informe: Anotar dd/mm/aa correspondiente al mes del informe. El Periodo de informe será del 1 al 30 o 31 de cada mes. Ej.: 01/01/2017 hasta 31/01/2017, sin importar si el 1 o 30-31 de cada mes es un fin de semana o feriado, el período será el mencionado.

Mes: Anotar el nombre del mes del cual corresponde el informe. Ej.: Enero

Análisis de Casos

Nro. de Casos 1° Vez Informado: Anotar el número de casos que se informan por primera vez sea pulmonar o extrapulmonar. En el caso de aquellos que acaban de iniciar tratamiento (que debían ser notificados en el formulario 2 Ficha de Notificación de Casos de TB y seguimiento del Caso de TB.)

Nro. de Casos en Seguimiento: Anotar el número de casos en seguimiento que vinieron informando los meses anteriores o aquellos que son traslados de ingresos.

Nro. Resultado de Tratamiento (Col. 20): Anotar el número de pacientes que ya cuentan con resultado de tratamiento (alta/egreso) en el mes que se informa, para ello deberán tener en cuenta lo registrado en la columna 20 Resultado de tratamiento.

Nro. Total de Casos TB: Anotar la sumatoria del total de casos de TB que se informa en el mes. (Nro. de Casos 1° Vez Informado más Nro. de Casos en Seguimiento y Nro. Resultado de Tratamiento)

Cuerpo del formulario

N° (Columna 1): Anotar el número (N°) de orden, de los pacientes informados. Mes a mes inicia con el número “1” (uno).

N° de la Cédula de Identidad o Carné del Indígena (Columna 2): Anotar el número (Nro.) del documento de identificación, 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.

Nombres y Apellidos (Columna 3): Anotar con letra legible el/los Nombre/s y Apellido/s del paciente con TB.

Fecha de Nacimiento (Columna 4): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del paciente con TB. 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.

Sexo (Columna 5): Anotar la inicial del sexo del paciente. M (masculino) o F (femenino).

Clasificación Pulmonar/Extrapulmonar (Especificar) (Columna 6): Anotar la localización anatómica de la TB, colocar “P” si es Pulmonar y la localización si es extrapulmonar. Ej: intestinal, Ganglionar, etc. Si cuenta con ambas localizaciones registrar ambas. Ej: P. Miliar.

DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO

Baciloscopia (Columna 7): Anotar en la celda superior, 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 inferior, indicar la fecha de toma de muestra dd/mm/aa.

Cultivo (Columna 8): Anotar en la celda superior, el resultado obtenido. NEG = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias), (+) = 20-100 colonias, (++) = >100 colonias, (+++) = innumerables o crecimiento confluyente. Y en la celda inferior, indicar la fecha de toma de muestra dd/mm/aa.

Prueba de sensibilidad (Columna 9): Anotar en la celda superior, el resultado de la Prueba de Sensibilidad, si es sensible con las sigla S seguido de las siglas de la/s droga/s a la cual es sensible; si es resistente anotar R las sigla de la/s droga/s a la cual es resistente. Ej. S= “HZE” y en Resistente R= “HZE”. Y en la celda inferior, indicar la fecha de toma de muestra dd/mm/aa.

GeneXpert (Columna 10): En la celda superior, 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. Y en la celda inferior, indicar la fecha de toma de muestra dd/mm/aa.

Otros Métodos de Diagnóstico (Columna 11): Registrar en la celda superior otros métodos que se haya realizado, ya sea este independiente al diagnóstico bacteriológico. Ej.: Rx (radiografías), Tx (tomografías), etc. En la inferior, la fecha en la cual se realizo el mencionado estudio.

Estado de VIH (Columna 12): Anotar en la celda superior, el código correspondiente al resultado el test de VIH, donde 0 (cero) es No Reactivo y 1 (uno) es Reactivo. En la celda inferior, indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Tratamiento (Tto.)

Fecha de Inicio de Tto. (Columna 13): Registrar la fecha en dd/mm/aa que el/la paciente inició su tratamiento antibacilar.

Esquema de Tto. (Columna 14): Anotar el esquema de tratamiento (Tto.) que realiza el/la paciente. S (Esquema de TB Sensible), o R (Esquema de TB Resistente).

TDO/TAES (Columna 15): Anotar Si, si el paciente está bajo un tratamiento directamente observado (TDO), indistintamente de la modalidad. Si se administra semanal o mensualmente, anotar No.

Historia de Tto. Previo (Columna 16): Anotar solo el código de acuerdo a la Historia de tratamiento (Tto.) previo del/la paciente con TB, 1. Nuevo 2. Recaída 3 Fracaso al tratamiento 4. Pérdida en el Seguimiento 5. Otros pacientes previamente tratados 6. Con historia desconocida de tratamiento previo.

Mes de Tto. (Columna 17): Anotar en la diagonal superior el mes de tratamiento en que se encuentra el paciente y en la diagonal inferior el número total de meses de tratamiento. Ejemplo: si el paciente se encuentra en su 3er. Mes de tratamiento, en un esquema sensible de 6 meses, anotar 3/6. En caso de prolongarse el tratamiento se debe registrar a cuantos meses más irá el tratamiento. Ej: 5/8.

Control de tratamiento. Baciloscopia o Cultivo (Columna 18): anotar la baciloscopia o cultivo de control del paciente. Anotar en la celda superior, el resultado de baciloscopia. Anotar en la celda superior, 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 BAAAR/50 campos, (+++) = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda inferior, indicar la fecha de toma de muestra dd/mm/aa. En el caso de Cultivo: Escribir la letra C y el resultado obtenido. NEG = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias), (+) = 20-100 colonias, (++) = >100 colonias, (+++) = innumerables o crecimiento confluyente. Y en la celda inferior, indicar la fecha de toma de muestra dd/mm/aa. Para control sólo es necesario tomar 1 muestra.

Resultado de tratamiento.

Resultado (Columna 19): Anotar el número de código correspondiente al resultado del tratamiento del caso de TB. 1. Curado 2. Tratamiento Completo 3. Fracaso al Tratamiento 4. Pérdida en el Seguimiento 5. Traslado 6. Fallecido Otras condiciones de Egreso: 7. Descartado 8. Pasa a Esquema TB DR 9. Tratamiento en Curso

Fecha (Columna 20): Anotar la fecha en dd/mm/aa que es dado de alta el/la paciente. En caso de 9. Tratamiento en Curso tachar el ítem.

Observaciones (Columna 21): Anotar cualquier observación sobre el tratamiento que al personal de salud le parezca relevante, principalmente, si el paciente cambió de dirección de residencia, también si se agrega otra clasificación de acuerdo a la localización anatómica de la enfermedad. Por ej., si el paciente inició con una TB extrapulmonar de localización ganglionar y luego se le diagnostica una TB pulmonar también. Signos de intolerancia/RAFA

1. 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.

2. En caso de prolongar el tratamiento en esta sección se debe justificar el motivo del mismo.

Importante

El original debe ser remitido al PNCT, por cuanto se podrá especial cuidado en el registro del mismo. El duplicado queda en el servicio de Salud, el triplicado en el Distrito y el cuadruplicado en la RS (Región Sanitaria)

Fecha de remisión: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Remisión del Formulario del Servicio de Salud que remite al Nivel Superior.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.

Fecha de Recepción Nivel Distrital: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel distrital.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma.

Fecha de Recepción Nivel Regional: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel Regional.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma.

Fecha de Recepción PNCT: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción a Nivel Nacional (PNCT).

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma.



■ TETÃ REKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL



PROGRAMA NACIONAL DE
**Control de la
Tuberculosis**

Formulario 3

Región Sanitaria:					Código:	Análisis de Casos			
Distrito:					Código:	Nº Casos 1° Vez Informado			
Establecimiento:					Código:	Nº Casos en Seguimiento			
Responsable:					Nº de Teléfono:	Nº Resultado de Tratamiento (Col. 20)			
Período del Informe del: / / hasta: / /					Mes:	Nº Total de Casos TB			

PACIENTES EN TRATAMIENTO DURANTE EL MES

[illegible]

Original: PNCT - Duplicado: Servicio de Salud - Triplicado: Distrito - Cuadruplicado: RS

Resultados del tratamiento (**):** 1. Curado 2. Tratamiento Completo 3. Fracaso al Tratamiento 4. Pérdida en el Seguimiento 5. Traslado 6. Fallecido **Otras condiciones de Egreso:** 7. Descartado 8. Pasa a Esquema TB DR 9. Tratamiento en Curso

Fecha de Recepción PNCT / /

Firma y Sello _____