



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

TETÃ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

*Paraguay
de la gente*



PROGRAMA NACIONAL DE
**Control de la
Tuberculosis**

Formulario 4

Formulario de Contactos y
Quimiopprofilaxis



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



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

■ TETĀ REKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL

*Paraguay
de la gente*

Formulario 4

Formulario de Contactos y
Quimioprofilaxis



PROGRAMA NACIONAL DE
**Control de la
Tuberculosis**

Establecimiento de Salud: _____

Responsable: _____

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE CONTACTOS Y QUIMIOPROFILAXIS.

FORMULARIO 4

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 cerrado con una línea o raya. Se usa una hoja por caso de TB.

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

1. Cuando el Personal de Salud investiga a los contactos de TB intra o extra domiciliario, según normas, 6 controles en 2 años.
2. Cuando el Personal de Salud informa de los casos que realizan quimioprofilaxis, el reporte es mensual solo de la persona que realiza la quimioprofilaxis.

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.

Periodo 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 01 o 30-31 de cada mes es feriado o fin de semana, el período será el mencionado.

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

Nombres y Apellidos del Paciente con Tuberculosis (columna 2): Escribir el nombre del paciente con tuberculosis (Caso Índice), de quien se realiza el control de contacto. En caso de no tener un contacto de TB, escribir NA (No Aplica)

Análisis de Contacto

Nro. Contactos 1° Vez Informado: Anotar el número (Nro.) de contactos investigados por primera vez.

Nro. Contactos en Seguimiento: Anotar el número (Nro.) de contactos en seguimiento.

Nro. Total de Quimioprofilaxis: Anotar el número (Nro.) de pacientes que realizan quimioprofilaxis.

Nro. Total de Contactos Investigados: Anotar el número (Nro.) total de contactos investigados. (Sumatoria de Nro. Contactos 1° Vez Informado y Nro. Contactos en Seguimiento).

Cuerpo del formulario

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

Fecha de Control del Contacto (columna 2): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de identificación y/o visita e del contacto del caso de TB. En caso de quimioprofilaxis la fecha de entrega del medicamento.

N° de la Cédula de Identidad o Carné del Indígena (columna 3): Anotar el número de cédula de identidad ó el número de Carné del indígena. Y 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 del Contacto ó Paciente con QP (Quimioprofilaxis) (columna 4): Anotar con letra legible el/los Nombre/s y Apellido/s del contactos del pacientes con tuberculosis o paciente que recibe quimioprofilaxis.

Etnia (columna 5): Anotar la Etnia del contacto o paciente que recibe quimioprofilaxis si es indígena (*Aché, Avá Guaraní, Ayoreo, Mbyá, Maká, etc.*). Si no es Indígena escriba NA (No aplica).

Fecha de Nacimiento (columna 6): Anotar la fecha: día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del contacto o paciente que recibe quimioprofilaxis. 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.

Edad (columna 7): Anotar la edad del contacto o paciente que recibe quimioprofilaxis, en años cumplidos.

Sexo (columna 8): Anotar la inicial del sexo del contacto o paciente que recibe quimioprofilaxis. M (masculino) o F (femenino).

Barrio, Compañía, Asentamiento o Comunidad Indígena (columna 9): Escribir el nombre del Barrio, Compañía, Asentamiento o Comunidad Indígena en el que reside el contacto de paciente con tuberculosis o paciente que recibe quimioprofilaxis.

Calle/ N° de Casa/Referencia (columna 10): Anotar el/los nombre/s de la/s Calle/s y el N° de casa y el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio del contacto de paciente con tuberculosis o paciente que recibe quimioprofilaxis.

N° Telefónico (columna 11): Anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) del contacto de paciente con tuberculosis o paciente que recibe quimioprofilaxis o de algún referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el mismo.

Nro. Seguimiento de Contacto (columna 12): Anotar el número de visita realizada para el estudio de contacto de paciente con tuberculosis o paciente que recibe quimioprofilaxis. Según Normas como mínimo realizar 6 estudios de contacto en un periodo de 2 años. (Ver Guía Nacional de TB)

Cicatriz de BCG (columnas 13): Anotar **Sí**, si se observa en el contacto del caso de TB o paciente que recibe quimioprofilaxis la presencia de cicatriz de BCG, y **No** en caso de no observar la cicatriz.

Examen Clínico (columnas 14): Anotar **Sí**, si se realiza examen o chequeos clínicos al contacto del caso de TB o paciente que recibe quimioprofilaxis, y **No** en caso de no haber realizado.

SR (columnas 15): Anotar **Sí**, en el caso que el contacto de TB o paciente que recibe quimioprofilaxis sea un Sintomático Respiratorio (SR) y **No** en caso de no ser un SR.

BK (columnas 16): 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 (columnas 17): Anotar en la celda superior el **Resultado** de Cultivo **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 **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

RX (columnas 18): Anotar en la celda superior el **Resultado** de la RX (Radiografía). Y en la celda inferior, indicar la fecha de realización de la radiografía en dd/mm/aa, Anotar S = si la radiografía presenta imágenes sugestivas a TB o NS = si no presenta imágenes sugestivas.

GeneXpert (columnas 19): Anotar en la celda superior el **Resultado** del 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.

Caso TB (columna 20): Anotar **Sí**, en el caso que se confirme un caso de TB entre el contacto de TB investigado, y **No** en caso de no ser un Caso de TB.

Estado de VIH (columna 21): Anotar el resultado del test rápido con los siguientes códigos. 0: No Reactivo, 1: Reactivo, 2: Sin Dato (en el caso de desconocer el resultado), 3.PVIH: En el caso de ser paciente con VIH.

Quimioprofilaxis

Sí/No (columna 23): Anotar **Sí**, cuando el contacto del caso de TB o paciente recibe quimioprofilaxis, y **No** en caso de no haber recibido.

Fecha de inicio QP (columna 24): Anotar la **Fecha de inicio QP** (Quimioprofilaxis) en dd/mm/aa.

Mes de QP (columna 25): Anotar el número de meses que está recibiendo la quimioprofilaxis (QP).

Observación (columna 26): En la columna observación se debe anotar cualquier relevancia que hubiera en el dato del paciente o contacto. Ejemplo: Otros estudios adicionales (PPD) Motivo por el cual recibe QP, si cambio el mes total de tratamiento, si el mismo se mudo o se traslado a otro lugar, si falleció, etc.

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 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 4

Estado de VIH (*): 0. No Reactivo 1.Reactivo 2. Sin Dato 3.PVIH

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

Fecha de remisión / /

Fecha de Recepción Nivel Distrital / /

Fecha de Recepción Nivel Regional / /

Fecha de Recepción PNCT / /

Firma y Sello _____

Firma y Sello _____

Firma y Sello _____

Firma y Sello _____