

NOTIFICACIÓN DE CASOS NUEVOS DE TUBERCULOSIS

Por favor, completar **TODOS LOS APARTADOS** de la ficha con **LETRA MAYÚSCULA y CLARA**

1. DATOS DE QUIEN EFECTÚA LA NOTIFICACIÓN

- 1.1 Institución notificante:
- 1.2 Localidad: 1.3 Departamento / Provincia:
- 1.4 Fecha en que se efectuó / constató el diagnóstico: ____ / ____ / ____
- 1.5 Nombre y apellido de médico/a que notifica:
- 1.6 Teléfono: Correo electrónico:
- 1.7 Firma y sello:

2 DATOS DEL/DE LA PACIENTE

- 2.1 Apellido paterno: Apellido materno:
- 2.2 Nombres:
- 2.3 DNI: 2.4 N° H.C.: 2.5 Sexo:
- 2.6 Peso: _____
- 2.7 Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ 2.8 Edad:
- 2.9 Residencia permanente: Calle: N°: Piso:
- Barrio: Localidad: Provincia:
- Teléfono de contacto:

3 DATOS REFERENTES A LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA

- 3.1 Motivo de consulta :
- a - Sintomático respiratorio b - Contacto c - Exámen de salud
- 3.2 Localización de la tuberculosis (registrar órgano afectado)
- 3.3 Clasificación rediológica en adultos (para registrar sólo la localización pleuro pulmonar en adultos mayores de 14 años)
- a) TBC pulmonar unilateral sin caverna d) TBC pulmonar bilateral con caverna
- b) TBC pulmonar unilateral con caverna e) Pleuresía
- c) TBC pulmonar bilateral sin caverna f) Sin radiografía

4 CLASIFICACIÓN BACTERIOLÓGICA (del material analizado)

- | | | | | | | | |
|------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Espito | <input type="checkbox"/> | Cultivo positivo: | <input type="checkbox"/> | L.C.R. | <input type="checkbox"/> | L.G. | <input type="checkbox"/> |
| Directo positivo | <input type="checkbox"/> | Cultivo negativo: | <input type="checkbox"/> | L.B. | <input type="checkbox"/> | No investigado | <input type="checkbox"/> |
| Directo negativo | <input type="checkbox"/> | Orina | <input type="checkbox"/> | L.P.P. | <input type="checkbox"/> | Otros | <input type="checkbox"/> |
- Especificar por qué

5 ANATOMÍA PATOLÓGICA

- 5.1 ¿Se realizó biopsia? SI NO
- 5.2 En caso de haberla realizado, biopsia de:
- a) Compatible o positiva para TBC b) No compatible o negativa
- 5.3 Investigación bacteriológica de material biopsia:
- a) Directa b) Cultivo

6 ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO (marcar lo que corresponda)

6.1 Clasificación de caso

- a) Caso nuevo que nunca efectuó tratamiento antituberculoso
- b) Caso nuevo que efectuó tratamiento antituberculoso en otro servicio

6.2 Modalidad del tratamiento (marcar con círculo sólo una opción)

- a) Hospitalizado (inicia el tratamiento internado)
- b) Ambulatorio supervisado (la administración de las drogas se efectúa bajo la supervisión de un agente de salud)
- c) Ambulatorio auto administrado (la persona efectúa el tratamiento en su domicilio y retira periódicamente los medicamentos prescriptos)

6.3 Esquema terapéutico recomendado por el Programa Provincial de Control de TBC que se empleará en la iniciación del tratamiento, de las tres y/o cuatro drogas.

H R Z S E Otras

7 DATOS PARA NIÑOS/AS MENORES DE 14 AÑOS, EXCLUSIVAMENTE

7.1 Principales signos y/o síntomas.

- | | |
|--|--|
| a) Fiebre regular y recurrente por más de 10 días <input type="checkbox"/> | d) Tos crónica <input type="checkbox"/> |
| b) Ganglios linfáticos perisféricos <input type="checkbox"/> | e) Eritema Nudoso <input type="checkbox"/> |
| c) Conjuntivitis querato flictenular <input type="checkbox"/> | f) Signos meníngeos <input type="checkbox"/> |

Otros

7.2 Cicatriz de BCG a) Si b) No

7.3 Prueba tuberculina a) Resultados en mm b) No se hizo

7.4 Contactos o convivientes del/de la niño/niña: Padre Madre Otros.....

- | | |
|--|--|
| a) Con TBC pulmonar confirmada bacteriológicamente <input type="checkbox"/> | c) Sin contacto de enfermos conocidos <input type="checkbox"/> |
| b) Con TBC pulmonar no confirmada bacteriológicamente <input type="checkbox"/> | d) Sin información al respecto <input type="checkbox"/> |

7.5 Clasificación radiológica en tuberculosis infantil (para registrar sólo la localización pleura pulmonar en niños/as menores de 14 años)

- | | |
|---|--|
| a) Adenitis hiliar o mediastinal <input type="checkbox"/> | f) Imágenes lineales <input type="checkbox"/> |
| b) Lesiones segmentarias o lobales <input type="checkbox"/> | g) Derrame pleural <input type="checkbox"/> |
| c) Infiltrados sin cavidades <input type="checkbox"/> | h) Otros <input type="checkbox"/> |
| d) Lesiones con cavidades <input type="checkbox"/> | i) No se obtuvo radiografía <input type="checkbox"/> |
| e) Lesiones miliares <input type="checkbox"/> | j) Sin patología radiológica (normal) <input type="checkbox"/> |

8 SEROLOGÍA VIH

- a) Si Positivo Negativo
- b) No

9 ESTADOS PATOLÓGICOS CONCOMITANTES O DE INTERÉS - OTROS DATOS

.....