



1. Información General

| | | |
|---|------------------------------|--|
| Código y nombre de la entidad solicitante (LSPD) | Departamento/Distrito | Fecha de recepción de la muestra o cultivo en el LSPD aaaa-mm-dd |
|---|------------------------------|--|

2. Datos de Identificación del Paciente

Nombres y apellidos _____

N° de Identificación _____ **Tipo de identificación** _____ **CC** **NUIP** **TI** **CE** **PA** **MSI** **SI** **Sexo** M F

Fecha de nacimiento _____ **Edad** **Días*** **Meses*** **Años*** **Ocupación** _____

Municipio de residencia _____ **Teléfono** _____

Dirección residencia _____

3. Condición de Ingreso al Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

Caso nuevo **Caso previamente tratado** **Sin información**

Si es un caso previamente tratado indique:
 Sospecha de Fracaso Reingreso tras recaída Reingreso tras fracaso Recuperado tras pérdida de seguimiento Otros casos previamente tratados

Fecha de inicio de tratamiento _____ **Sin información**

4. Factores de Riesgo

| | | | |
|--|---|---|---|
| Persona con diabetes <input type="checkbox"/> | Embarazo <input type="checkbox"/> | Ámbito escolar <input type="checkbox"/> | Indígena <input type="checkbox"/> |
| Persona que vive con VIH <input type="checkbox"/> | Antecedente de procedimientos cosmetológicos <input type="checkbox"/> | Personal de la salud <input type="checkbox"/> | Privado de la libertad <input type="checkbox"/> |
| Persona con desnutrición <input type="checkbox"/> | Persona que falleció con TB <input type="checkbox"/> | Albergues geriátricos <input type="checkbox"/> | Migrante - Extranjero <input type="checkbox"/> |
| Persona con tratamientos inmunosupresores <input type="checkbox"/> | Contacto de paciente que fallece con TB <input type="checkbox"/> | Caso TB en frontera <input type="checkbox"/> | Habitante de calle <input type="checkbox"/> |
| Persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica <input type="checkbox"/> | | Población rural o rural dispersa <input type="checkbox"/> | Fuerzas militares y de policía <input type="checkbox"/> |

Contacto de persona con TB resistente Nombre completo y número de documento de identificación del contacto _____

Otro Mencione cual _____

Sin información

5. Información del Laboratorio

| Información de la muestra | Resultados de la prueba de identificación del complejo <i>M. tuberculosis</i> o Micobacteria No Tuberculosa y/o sensibilidad a los fármacos rifampicina o isoniacida y rifampicina** |
|--|--|
| Tipo de Muestra / Lugar anatómico <input type="text"/> | Identificación complejo <i>M. tuberculosis</i> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> |
| Fecha de recolección de la muestra aaaa-mm-dd <input type="text"/> | Identificación de MNT <input type="text"/> |
| Información del cultivo | Susceptibilidad complejo <i>M.tuberculosis</i> |
| Medio Líquido <input type="checkbox"/> | Isoniacida: Sensible <input type="checkbox"/> Resistente <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> |
| Medio Solido <input type="checkbox"/> | Rifampicina: Sensible <input type="checkbox"/> Resistente <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> |
| Número original <input type="text"/> | Quinolonas: Sensible <input type="checkbox"/> Resistente <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> |
| Fecha de Siembra aaaa-mm-dd <input type="text"/> | Examen solicitado para la vigilancia de las micobacterias (Marqué con una X el examen solicitado) |
| Fecha de resultado aaaa-mm-dd <input type="text"/> | Sensibilidad fenotípica y/o genotípica para complejo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> los fármacos <input type="checkbox"/> |
| Resultados de Baciloscopia | Identificación de otras micobacterias <input type="checkbox"/> |
| (-) <input type="checkbox"/> N° Baar si son < 9 bacilos <input type="text"/> (+) <input type="checkbox"/> (++) <input type="checkbox"/> (+++) <input type="checkbox"/> | Sensibilidad genotípica para complejo <i>Mycobacterium abscessus</i> , complejo <i>Mycobacterium avium</i> o <i>Mycobacterium chelonae</i> <input type="checkbox"/> |

Observaciones: _____

 Nombres y apellidos de la persona que diligencia



| Instrucciones para el diligenciamiento | |
|--|---|
| 1. Información General | |
| Código y nombre de la entidad solicitante (LSPD): | Escriba el nombre del LSP y su código asignado. |
| Departamento/Distrito: | Escriba el nombre del departamento donde esta ubicado el LSPD o el distrito si es Bogotá D.C. |
| Fecha de recepción de la muestra o cultivo en el LSPD: | Escriba la fecha en que recibió la muestra o cultivo en el LSP, la fecha debe ir diligenciada en el orden de año-mes-día (aaaa-mm-dd). |
| 2. Datos de Identificación del Paciente | |
| Nombres y apellidos: | Escriba los nombres y apellidos completos del paciente tal como aparece en el documento de identidad. |
| N° de Identificación: | Escriba el número de identificación del paciente tal como aparece en el documento de identidad. |
| Tipo de Identificación: | Marque con una X según le corresponda: CC: Cédula de Ciudadanía, NUIP: Número Único de Identificación Personal, TI: tarjeta de Identidad, CE: Cedula de Extranjería, PA: Pasaporte, MSI: Menor Sin Identificar, SI: Sin Identificación. |
| Sexo: | Marque con una X según corresponda: M: Masculino F: Femenino |
| Fecha de nacimiento: | Escriba la fecha de nacimiento del paciente, debe ir diligenciada en el orden de año-mes-día (aaaa-mm-dd) |
| Edad: | Escriba la edad del paciente en números, (*) Para los menores de 1 año, registre la edad en días o meses según corresponda y marque con una X en la casilla correspondiente (Días *, Meses**, Años*) |
| Ocupación: | Escriba la ocupación del paciente. |
| Municipio de residencia: | Escriba en municipio de residencia del paciente. |
| Teléfono: | Escriba el teléfono del paciente. |
| Dirección residencia: | Escriba la dirección de residencia del paciente. |
| 3. Condición de Ingreso al Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis | |
| Marque con una X la condición según corresponda: | |
| Caso nuevo: | aquel que nunca ha sido tratado por tuberculosis o que ha recibido medicamentos antituberculosos por menos de un mes. |
| Caso previamente tratado: | persona que ha recibido un mes o más de tratamiento con medicamentos antituberculosos en el pasado. |
| Sin informadón: | si no tiene la informadón. |
| Si el paciente es previamente tratado marque con una X según corresponda: Se clasifica además por el resultado de su más reciente ciclo de tratamiento, de la siguiente manera: | |
| Sospecha tras recaída: | persona que ha sido previamente tratada por tuberculosis, fue declarada como curada o con tratamiento terminado al final de su último ciclo de tratamiento y ahora se le diagnostica con un episodio recurrente de tuberculosis (Ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de tuberculosis causado por reinfección). |
| Reingreso tras fracaso: | persona previamente tratada por tuberculosis, cuyo tratamiento fracasó, y es evidenciado mediante un resultado de baciloscopia o cultivo de esputo positivo en el cuarto mes, o posterior, durante el tratamiento. |
| Recuperado tras pérdida de seguimiento: | persona que había sido tratada previamente por tuberculosis y fue declarada como pérdida en el seguimiento de su tratamiento más reciente y reingresa nuevamente al Programa de tuberculosis. |
| Otros casos previamente tratados: | son aquellos que han sido previamente tratados por tuberculosis, pero cuyo resultado después del tratamiento más reciente es desconocido o no se ha documentado. |
| 4. Factores de Riesgo | |
| Fecha de inicio de tratamiento: | Escriba la fecha de inicio de tratamiento del paciente, debe ir diligenciada en el orden de año-mes-día (aaaa-mm-dd) o marque con una X "Sin informadón" si no tiene la informadón correspondiente. |
| Marque con una X si el paciente tiene alguno de los factores de riesgo (Persona con diabetes, Persona que vive con VIH, Persona con desnutrición, Persona con tratamientos inmunosupresores, Persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Embarazo, Antecedente de procedimientos cosmetológicos, Persona que falló con TB, Contacto de paciente que fallece con TB, Ambiente escolar, Personal de la salud, Albergues geriátricos, Caso TB en frontera, Población rural o poblacion rural dispersa que corresponde a la poblacion que está fuera del perímetro urbano de la cabecera municipal, se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y no cuenta con un trazado o nomenclatura, indígena, Privado de la libertad, Migrante – Extranjero, Habitante de calle, Fuerzas militares y de Policía). | |
| En caso de ser contacto de persona con TB resistente marque con una X y diligencie el nombre completo y número de documento de identificación del contacto. | |
| En caso de tener otro factor de riesgo que no se encuentra en la lista marque con una X y mencione cual. Sin informadón: si no tiene la informadón. | |
| 5. Información del Laboratorio | |
| Información de la muestra | |
| Tipo de Muestra / Lugar anatómico: | Escriba el tipo de muestra y el lugar anatómico de donde proviene solo para biopsias y secreciones. |
| Fecha de recolección de la muestra: | Escriba la fecha en la que se realizó la recolección, , debe ir diligenciada en el orden de año-mes-día (aaaa-mm-dd) |
| Información del cultivo | |
| Marque con una X si el cultivo es medio líquido, medio sólido o ambos: | Indique el resultado de la coloración de Ziehl-Neelsen (ZN) del cultivo si es positiva para BAAR o negativa para BAAR. |
| Registre el número original del cultivo: | numero de identificador del laboratorio clinico que sembró la muestra. |
| Registre la fecha de siembra y la fecha de resultado positivo del cultivo, | debe ir diligenciada en el orden de año-mes-día (aaaa-mm-dd) |
| Resultados de Baciloscopia | |
| En caso de haber realizado baciloscopia marque con una X el resultado obtenido (si es negativo, marque (-) y en caso de ser positivo, marque el número de bacilos ácido alcohol resistentes. (Nº Baar si son < 9 bacilos, (+), (++), (+++), (++++) | |
| Resultados de la prueba de identificación del complejo <i>M. tuberculosis</i> o <i>Mycobacteria</i> No Tubercuosa y/o sensibilidad a los fármacos rifamicina o isoniacida y rifampicina** | |
| Diligencie los resultados obtenidos del cultivo para identificación marque con una X si es positivo o negativo para complejo <i>M. tuberculosis</i> , o escriba la especie de micobacteria identificada. | |
| Si aplica, marque con una X los resultados de sensibilidad a los fármacos rifamicina, isoniacida y rifampicina o quinolonas según corresponda (sensible, resistente, no interpretable, no realizado) (**) Anexe resultados de pruebas de sensibilidad o identificación. | |
| Examen solicitado para la vigilancia de las micobacterias (Marqué con una X el examen solicitado) | |
| Marque con una X el examen solicitado (Prueba de sensibilidad fenotípica y/o genotípica para complejo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> los fármacos antituberculosis, Prueba de identificación de otras micobacterias, Prueba de sensibilidad genotípica para complejo <i>Mycobacterium abscessus</i> , complejo <i>Mycobacterium avium</i> o <i>Mycobacterium chelonae</i> . | |
| Observaciones: escriba si tiene observaciones y registre los nombres y apellidos de la persona que diligencia el formato. | |
| Nota: Los datos registrados en este formato deben estar diligenciados con letra clara y legible. | |