|  | IO DE SALUD   | FICHA EPIDEMIOLÓGICA   |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Código autogenerado único: [ ] [   | AL DE EPIDEMIOLOGÍA   | DE CASOS Y EVENTOS EN TUBERCULOSIS fecha de notificación: / /  |  |  |  |  |  |  |
| I. DATOS DEL ESTABLECIMIENT  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| DISA/DIRESA: Establecimiento notificante: Institución: MINSA                           |   |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| Apellido paterno: Apellido materno: Nombres  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| Fecha de nacimiento:/ Edad Sexo: M   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| Nacionalidad: Peruana  otro , especificar Lugar de nacimiento: Departamento            |   |  |  |  |  |  |  |  |
| Ocupación en los últimos 6 meses   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   | Telefono   |  |  |  |  |  |  |
| · ·  | Provincia   |  |  |  |  |  |  |  |
| Localidad Zona de residencia: Urbana Rural Urbano-marginal                             |   |  |  |  |  |  |  |  |
| Residencia anterior a la actual: Departamento ProvinciaDistrito                        |   |  |  |  |  |  |  |  |
| Seguro de Salud SIS : EsSalud FFAA PNP Privado Sin seguro otro, especificar            |   |  |  |  |  |  |  |  |
| III. DATOS DEL CASO O EVENT  | 0   |  |  |  |  |  |  |  |
| Captación de caso  | Pasiva (Captación en centros de salu<br>Caso derivado de otro establecimiento<br>Fecha de captación / /   |  |  |  |  |  |  |  |
| Eventos sujetos a notificación: (es necesario marcar una opción)                       |   |  |  |  |  |  |  |  |
| [ ]A15 [ ]A16 [ ]A18 [ Localización anatómica de la                                    | ]A17 [ ]U32.6 [ ]U32.4 [ ]U2  |  |  |  |  |  |  |  |
| TB (es necesario marcar una opción)  | Pulmonar  | onar: Meníngea   |  |  |  |  |  |  |
| Criterio diagnóstico:<br>(es necesario marcar una opción)                              | Bacteriológico  histopatológico  Clínico  Radiológico  Epidemiológico  Clínico Epidemiológico  Fecha de diagnóstico  Fecha de diagnóstico  Henrico  Fecha de diagnóstico  Fecha |  |  |  |  |  |  |  |
| Resultado de baciloscopía de diagnóstico (Bk Inicial) (es necesario marcar una opción) | Fecha de toma de muestra/   | _/<br>negativo   |  |  |  |  |  |  |
| Resultado Cultivo diagnostico (es necesario marcar una opción)                         | Fecha resultado// positivo negativo   | resultado pendiente  no se realizo   |  |  |  |  |  |  |
| Prueba de sensibilidad<br>(es necesario marcar una opción)                             | Sensible MDR XDR No se realizó  | Monoresistente  Poliresistente  resultado pendiente  |  |  |  |  |  |  |
| Código INS   | Fecha de resultado del perfil de ser<br>Tipo de Prueba: MODS ☐ GRIE   | nsibilidad//<br>ES   |  |  |  |  |  |  |
| IV. CONDICIONES DE RIESGO (ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS del paciente diagnosticado)    |   |  |  |  |  |  |  |  |
| Antecedentes de contacto:  | Contacto con pacientes con TB   | Contacto TB-MDR Contacto TB XDR  |  |  |  |  |  |  |
| (puede marcar más de una opción)   | Contacto con fallecido por tuberculosis   |  |  |  |  |  |  |  |
| Condición de ingreso según Antecedente de tratamiento                                  | Nunca tratado (Nuevo) Antes tratado : Recaída < 6 meses Recaída > 6 meses Abandono recuperado Fracaso Fracaso   |  |  |  |  |  |  |  |
| (es necesario marcar una opción)   | Numero de esquemas de tratamientos  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico confirmado de VIH (es necesario marcar una opción)                         | Resultado positivo 🗌 resultado neg  | gativo 🗌 resultado pendiente 🔲 no se realizó 🔲 desconocido 🔲   |  |  |  |  |  |  |
| Comorbilidad y condiciones de riesgo (puede marcar más de una opción)                  |   | Cáncer Asma/SOBA Terapia con corticosteroides  Medicina , Emergencia, Neumología o Infectología por más de 15 días |  |  |  |  |  |  |
| Factores sociales (puede marcar más de una opción)                                     | Alcoholismo Usuario de drogas antecedente de delincuencia tra   | Ha estado internado en un penal  bajadora sexual   |  |  |  |  |  |  |
| Población de mayor riesgo: (es necesario marcar una opción)                            | Trabajador de salud Interno de fuerzas armadas o Policía Nacional   | e Centro penitenciario Población Indígena Es miembro de las  |  |  |  |  |  |  |

| Para trabajadores de Salud:<br>Especificar<br>(es necesario marcar una opción por<br>cada variable)  | Profesión: Médico  |      |      |  |   |  |  |  |  |
|--|--|------|------|--|---|--|--|--|--|
| V. DERIVACIÓN: (completar estos datos si el paciente es derivado a otro establecimiento)   |  |      |      |  |   |  |  |  |  |
| Derivación   | SI DIRESA  |      | RI   | ED   | Establecimiento                                 |  |  |  |  |
| VI.TRATAMIENTO   |  |      |      |  |   |  |  |  |  |
| Fecha de inicio de tratamiento _   |  | -    |      |  |   |  |  |  |  |
| Esquema de Tratamiento (es necesario marcar una opción)  | Esquema I (para TB sensible)   |      |      |  |   |  |  |  |  |
| VII. CIERRE DE EVENTO (llenar cuando concluye tratamiento tiene una condición de egreso)   |  |      |      |  |   |  |  |  |  |
| Condición de Egreso (es necesario marcar una opción)   | En la notificación del caso o evento, si no se tiene una condición de egreso marcar la opción   En tratamiento   Curado   tratamiento completo   Abandono   Fracaso   Fallecido   No evaluado   (trasferencia sin confirmar)   cambio por prueba de sensibilidad |      |      |  |   |  |  |  |  |
| Esquema de Tratamiento final   | Esquema I (para TB sensible) Estandarizado Empírico Individualizado no recibió tratamiento   |      |      |  |   |  |  |  |  |
| Fecha de término de tratamiento o egreso por otra causa//  |  |      |      |  |   |  |  |  |  |
| Para pacientes fallecidos:   | Fecha de Fallecimiento://Causa de Muerte asociada a tuberculosis SI  NO  |      |      |  |   |  |  |  |  |
| VIII. COMENTARIOS  (En esta sección especificar residencias y domicilios anteriores del paciente en los últimos 2 años u otra información de relevancia) |  |      |      |  |   |  |  |  |  |
| IX. CONTACTOS  |  |      |      |  | 1   |  |  |  |  |
| tipo de contacto<br>Domiciliario (1)<br>Habitual (2)   | Parentesco Madre (1), Padre (2), hijos (3), hermana (4), esposa(o) (5) otros (especificar)   | Edad | sexo | PPD Positivo (1) Negativo( 2) No se realizo (3) Se desconoce (4) | Sintomático<br>Respiratorio<br>Si (1)<br>No (0) | Resultado BK Positivo (1) Negativo (2) No se realizo (3) Resultado pendiente (4) |  |  |  |
|  |  |      |      |  |   |  |  |  |  |
|  |  |      |      |  |   |  |  |  |  |
|  |  |      |      |  |   |  |  |  |  |
|  |  |      |      |  |   |  |  |  |  |
|  |  |      |      |  |   |  |  |  |  |
|  |  |      |      |  |   |  |  |  |  |
|  |  |      |      |  |   |  |  |  |  |
| Firma responsable de llenado de ficha Nombre: Nombre: Celular  Celular  Celular  |  |      |      |  |   |  |  |  |  |