SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FICHA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CASO DE TUBERCULOSIS

ID Paciente

No. Evento

dd / mm / aaaa

SRS: Metropolitano ◯ Valdesia ◯ Norcentral ◯ Nordeste ◯ Enriquillo ◯ Este ◯ El Valle ◯ Cibao Occidental ◯ Cibao Central ◯

Gerencia de área: _____

A. Establecimiento de Salud

1 - Establecimiento de salud	2 - Código del EESS	3 - Provincia	4 - Municipio

5 - Teléfono fijo o Movil	6 - Correo electrónico	7 - No. de record en el EESS o ficha familiar	8 - Nombre del Médico Responsable

B. Datos generales del Paciente

1 - ◯ Cédula ◯ Pasaporte ◯ No tiene	2 - No. de documento	3 - Primer nombre	4 - Segundo nombre	5 - Primer apellido	6 - Segundo apellido

7 - Apodo	8 - Fecha de nacimiento DD MM AAAA	9 - Edad	10 - Sexo ◯ F ◯ M	11 - País de origen	12 - Si es extranjero, tiempo de residencia en RD.

13 - Estado civil ◯ Soltero ◯ Casado ◯ Unión Libre	14 - Asegurado ◯ Si ◯ No	15 - ARS	16 - No. Afiliación a ARS	17 - Ocupación

18 - Lugar de trabajo	19 - Teléfono del trabajo	20 - Adscrito a políticas sociales ◯ Si ◯ No	21 - Persona que vive en la calle ◯ Si ◯ No

I Datos de residencia

22 - Dirección del domicilio	23 - Punto de referencia del domicilio

24 - Barrio/Sección/Paraje	25 - Municipio	26 - Provincia	27 - Teléfono o Celular

II Contacto de referencia

28 - Nombre de la persona de contacto de referencia	29 - Parentesco o relación	30 - Teléfono de familiar

C. Antecedentes del paciente

I Historia de Tratamientos para TB

1 - Tomó tratamiento anti TB ◯ Si ◯ No	2 - Numero de tratamientos previos _____	3 - Uso previo de medicamentos de segunda linea ◯ Si ◯ No	4 - Condición de egreso del último tratamiento ◯ CURADO ◯ TX TERMINADO ◯ PÉRDIDO DURANTE EL SEGUIMIENTO ◯ FRACASO ◯ DESCONOCIDO

II Comorbilidades

5 - PVV ◯ Si ◯ No	6 - Diabetes ◯ Si ◯ No	7 - Enfermedad hepática severa ◯ Si ◯ No	8 - Enfermedad renal crónica ◯ Si ◯ No	9 - Otro evento Inmunosupresor	10 - Enfermedad mental ◯ Si ◯ No

III Antecedentes gineco-obstetricos

11 - Uso de métodos anticonceptivos ◯ Si ◯ No	12 - Embarazada ◯ Si ◯ No	13 - Lactancia ◯ Si ◯ No	14 - Semana gestacional al diagnóstico

IV Hàbitos tòxicos

Usuario de: 15 - Drogas ilícitas ◯ Si ◯ No	16 - Alcohol ◯ Si ◯ No	17 - Tabaco ◯ Si ◯ No	18 - Otros

V Población clave

19 - Migrante ◯ Si ◯ No	20 - Trabajador de Salud ◯ Si ◯ No	21 - Trabajador de Prisiones ◯ Si ◯ No	22 - Personas Privadas de Libertad ◯ Si ◯ No	23 - Personas que viven en albergue ◯ Si ◯ No	24 - Si estuvo privado de libertad anteriormente Donde: Fecha DD MM AAAA

VI Historia de contacto

25 - Contacto de caso de TB ◯ Si ◯ No	26 - Patrón de suceptibilidad del contacto ◯ Sin evidencia de drogorresistencia ◯ Drogorresistente ◯ Desconocido

D. Historia de la enfermedad actual

I SIGNOS Y SÍNTOMAS			II Examen físico		
1 - Fecha de identificación del caso sospechoso: DD MM AAAA	2 - Fecha de inicio de sintomas DD MM AAAA	3 - Signos y síntomas: ◯ Tos ◯ Catarro ◯ Fiebre ◯ Pérdida de peso ◯ Sudoración nocturna Otros: _____	4 - Cicatríz de BCG ◯ Si ◯ No	5 - Peso al ingreso (kg)	6 - Talla al ingreso (m)

E. Método diagnóstico

I BACILOSCOPIA

1 - Fecha toma de muestra	2 - Laboratorio que procesa la muestra	3 - Número de registro	4 - Fecha de recepción del resultado	5 - Resultado BK
DD MM AAAA			DD MM AAAA	◯ Neg ◯ 1-9 BAAR ◯ Pos (+) ◯ Pos (++) ◯ Pos (+++)
DD MM AAAA			DD MM AAAA	◯ Neg ◯ 1-9 BAAR ◯ Pos (+) ◯ Pos (++) ◯ Pos (+++)
DD MM AAAA			DD MM AAAA	◯ Neg ◯ 1-9 BAAR ◯ Pos (+) ◯ Pos (++) ◯ Pos (+++)
DD MM AAAA			DD MM AAAA	◯ Neg ◯ 1-9 BAAR ◯ Pos (+) ◯ Pos (++) ◯ Pos (+++)

II PRUEBAS MOLECULARES, (Xpert® MTB/RIF - LPA)

6 - Fecha toma de muestra	7 - Prueba	8 - Laboratorio que procesa la muestra	9 - Número de registro	10 - Fecha de recepción del resultado	11 - Resultado
DD MM AAAA	◯ Xpert MTB/RIF ◯ LPA			DD MM AAAA	
DD MM AAAA	◯ Xpert MTB/RIF ◯ LPA			DD MM AAAA	

III CULTIVO

12 - Fecha toma de muestra	13 - Laboratorio que procesa la muestra	14 - Número de registro	15 - Fecha recepción de resultado	16 - Resultado cultivo	17 - Resultado de identificación
DD MM AAAA			DD MM AAAA	◯ NC ◯ M. Insuficiente ◯ Contaminada ◯ 1-9 Col. ◯ Pos (+) ◯ Pos (++) ◯ Pos (+++)	◯ MTB ◯ NEGATIVO MTB
DD MM AAAA			DD MM AAAA	◯ NC ◯ M. Insuficiente ◯ Contaminada ◯ 1-9 Col. ◯ Pos (+) ◯ Pos (++) ◯ Pos (+++)	◯ MTB ◯ NEGATIVO MTB

IV PRUEBA DE SENSIBILIDAD

18 - Fecha toma de muestra	19 - Laboratorio que procesa la muestra	20 - Número de registro	21 - Fecha recepción de resultado	R	H	E	S	Z	Lfx	Mfx	Cm	Km	Am
DD MM AAAA			DD MM AAAA										
DD MM AAAA			DD MM AAAA										

V IMAGENES

22 - ☐ Rx ☐ TAC ☐ RMI ☐ Otros: _____

23 - Fecha realización del estudio DD MM AAAA

24 - Resultado: ◯ Sugestivo TB ◯ No sugestivo TB

VI HISTO PATOLOGÍA

25 - Fecha: DD MM AAAA

26 - Tipo de muestra: _____ 27 - Tejido: _____

28 - Resultado: ◯ Sugestivo TB ◯ No sugestivo TB

F. Definición y clasificación de caso

I CASO

1 - Definición de caso
◯ Bacteriológicamente Confirmado
◯ Clínicamente Diagnosticado

2 -Fecha Definición de caso DD MM AAAA

II LOCALIZACIÓN ANATOMICA

3 - Localización
◯ Pulmonar ◯ Extrapulmonar

4 - Si es extrapulmonar especifique:
◯ Pleural ◯ Meníngea ◯ Osea ◯ Ganglionar ◯ Renal Otro: _____

III CLASIFICACIÓN POR ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO

5 - ◯ Nuevo

6- **Antes Tratado:** ◯ Recaida ◯ Recuperado despues de perdido en el tratamiento ◯ Fracaso ◯ Otros

7 - ◯ Historia desconocida

IV RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS (AL INGRESO)

8 - ◯ Ninguna ◯ Monoresistencia ◯ Poliresistencia ◯ TB-RR ◯ MDR ◯ XDR ◯ Desconocida

G. Atención Coinfección TB/VIH

I STATUS VIH DESCONOCIDO

1 - Fecha realización de prueba y consejería DD MM AAAA

2 - Resultado de la prueba
◯ Positivo ◯ Negativo

II PVV Ó VIH POSITIVO CONOCIDO

3 - Fecha diagnostico VIH: DD MM AAAA 4 - SAI: _____ 5 - ID FAPPS: _____

6 - Fecha referimiento al SAI: DD MM AAAA 7 - Ha recibido TPI: ◯ SI ◯ NO ◯ Desconocido

8 - Inicio ARV: ◯ SI ◯ NO 9 - Fecha ARV: DD MM AAAA 10 - Esquema ARV: _____

11 - Inicio de trimetoprim sulfa: ◯ SI ◯ NO 12 - Fecha: DD MM AAAA

H. Registro y Control del Tratamiento

DROGAS DE PRIMERA LINEA

1- ESQUEMA DE TRATAMIENTO: _____ 2 - OPCIONES DE ADMINISTRACIÓN DEL TDO : ◯ ESTABLECIMIENTO ◯ DOMICILIO

1ª FASE 3 - FECHA DE INICIO: DD MM AAAA 4 - FECHA DE FINALIZACIÓN: DD MM AAAA 5 - PRESENTACIÓN: _____ 6 - No. TABLETAS: _____

2ª FASE 7 - FECHA DE INICIO: DD MM AAAA 8 - FECHA DE FINALIZACIÓN: DD MM AAAA 9 - PRESENTACIÓN: _____ 10 - No. TABLETAS: _____

MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	DOSIS ADM. POR MES (CANTIDAD)

11 - CONSULTAS MÉDICAS	12 - BACILOSCOPIAS		13 - CULTIVOS		14 - PESO (Kg)
	1 - FECHA	2 - RESULTADO	1 - FECHA	2 - RESULTADO	
DD MM AAAA	DD MM AAAA		DD MM AAAA		
DD MM AAAA	DD MM AAAA		DD MM AAAA		
DD MM AAAA	DD MM AAAA		DD MM AAAA		
DD MM AAAA	DD MM AAAA		DD MM AAAA		
DD MM AAAA	DD MM AAAA		DD MM AAAA		
DD MM AAAA	DD MM AAAA		DD MM AAAA		
DD MM AAAA	DD MM AAAA		DD MM AAAA		
DD MM AAAA	DD MM AAAA		DD MM AAAA		
DD MM AAAA	DD MM AAAA		DD MM AAAA		
DD MM AAAA	DD MM AAAA		DD MM AAAA		
DD MM AAAA	DD MM AAAA		DD MM AAAA		

15 - FECHA DE CONDICIÓN DE EGRESO: DD MM AAAA

◯ CURADO ◯ TX TERMINADO

◯ PÉRDIDO DURANTE EL SEGUIMIENTO ◯ EXCLUIDO

◯ FRACASO ◯ NO EVALUADO

◯ FALLECIDO

16 - CAUSA FALLECIMIENTO (CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN)

17 - CAUSA DE EXCLUSIÓN

18 - Firma y sello del Médico (a)

Leyenda: A= Ausente (Color Rojo) X=TDO (Azul o Negro) Sabado y Domingo = Ø

I. Consejeria y Apoyo a la Adherencia al Tratamiento

1 - Realizó Consejeria Post-Diagnóstico	2 - Fecha de realización de consejeria	3 - Aplicación Formulario SATTB	4 - Fecha de Aplicación de formulario SATTB	5 - Se Detectó Factor (es) de Baja Adherencia
◯ Si ◯ No	DD MM AAAA	◯ Si ◯ No	DD MM AAAA	◯ Si ◯ No

INTERVENCIONES DE BAJA ADHERENCIA

6 - Ayudas Politicas Sociales	7 - Dots Comunitario	8 - Apoyo Psicologico o Psiquiatrico	9 - Apoyo Nutricional
◯ Si ◯ No	◯ Si ◯ No	◯ Si ◯ No	◯ Si ◯ No

J. Reaciones adversa a Medicamentos (RAM)

1 - RAM ◯ SI ◯ NO

2 - MEDICAMENTO DEL CUAL SE SOSPECHA PROVOCÓ LA RAM

3 - **SE NOTIFICO** ◯ SI ◯ NO

4 - **CONDUCTA POR MANEJO DE RAM**
◯ RETIRADA DE FARMACO ◯ REDUCION DOSIS ◯ AUMENTO DOSIS ◯ NO MODIFICACION DE LA DOSIS ◯ MEDICAMENTOS COADYUVANTE

5 - Tipo de RAM:
◯ Rash ◯ Nauseas ◯ Vómitos ◯ Epigastralgia ◯ Altralgia ◯ Fiebre ◯ Neuropatía ◯ Hepatopatía ◯ Nefropatía Otras: _____

K. Estudio de Contacto

1 - Nombre y Apellido	2 - Edad	3 - Sexo		4 - Relación caso	5 - Evaluación del contacto				6 - Resultado de la evaluación Caso de TB / TB descartado	7 - Administración de TILT Si/No	8 - Completo la TILT Si/No
		F	M		1 - Clínica Si/No	2 - Bacteriologica	3 - PPD/quantiferón	4 - Radiografía			

L. Visita Domiciliaria

1 - Fecha	2 - Motivo de visita	3 - Nombre del personal que realiza la visita
DD MM AAAA	◯ Visita inicial ◯ Seguimiento ◯ Inasistencia ◯ Otros: _____	
DD MM AAAA	◯ Visita inicial ◯ Seguimiento ◯ Inasistencia ◯ Otros: _____	
DD MM AAAA	◯ Visita inicial ◯ Seguimiento ◯ Inasistencia ◯ Otros: _____	

M. Transferencia

1 - Fecha DD MM AAAA 2 - Establecimiento _____ 3 - Fecha de Confirmación DD MM AAAA

4 - Nombre de la persona que recibio la transferencia _____ 5 - Telefono de la persona que recibio la transferencia ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐

6 - Via por la cual se confirmo la transferencia _____

N. Observaciones