

**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

\_\_\_\_\_