

ANEXO N° 1
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TUBERCULOSIS

MINISTERIO DE SALUD

**CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PREVENCIÓN Y
 CONTROL DE ENFERMEDADES**

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TB

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

DIRIS/DIRESA /GERESA: _____ Establecimiento notificante:

Institución: MINSA ESSALUD INPE FFAA PNP PRIVADOS OTROS especificar _____

II. DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE

Tipo de documento de identidad : DNI Carné de extranjería Otro Sin documento de identidad

Registre el código o número del documento de Identidad marcado:

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombres _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad _____ Sexo: Masculino Femenino

Nacionalidad: Peruana otro , especificar _____ Lugar de nacimiento: Departamento _____

Ocupación actual _____

Dirección de domicilio actual: _____ Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____

III. DATOS DE EVENTO a notificar

- | | |
|--|---|
| 1. Caso de TB pulmonar con confirmación bacteriológica. <input type="checkbox"/> | 7. Caso de TB resistente a Rifampicina (TB RR) <input type="checkbox"/> |
| 2. Caso de TB pulmonar sin confirmación bacteriológica. <input type="checkbox"/> | 8. Caso de TB multidrogorresistente (TB MDR) <input type="checkbox"/> |
| 3. Caso de TB extrapulmonar. <input type="checkbox"/> | 9. Caso de TB monorresistente. <input type="checkbox"/> |
| 4. Caso de TB abandono recuperado. <input type="checkbox"/> | 10. Caso de TB polirresistente <input type="checkbox"/> |
| 5. Caso de TB recaída. <input type="checkbox"/> | 11. Caso de TB extensamente resistente (TB XDR). <input type="checkbox"/> |
| 6. Caso de TB en trabajadores de salud <input type="checkbox"/> | 12. Fallecido con TB. <input type="checkbox"/> |

Código autogenerado de FICHA: [] [] [] [] [] Fecha de notificación: _____ / _____ / _____

Fecha de Inicio de Síntomas _____ / _____ / _____ Fecha de diagnóstico _____ / _____ / _____

Localización anatómica de TB	Pulmonar <input type="checkbox"/> Extra Pulmonar <input type="checkbox"/> Sistémica (miliar) <input type="checkbox"/> <i>Especificar localización de extra-pulmonar: Sistema nervioso <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Ganglionar <input type="checkbox"/> Ósea <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Genitourinaria <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> especificar _____</i>
-------------------------------------	---

Resultado de baciloscopía de diagnóstico (Bk Inicial)	positivo (+) <input type="checkbox"/> (++) <input type="checkbox"/> (+++) <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> no se realizó <input type="checkbox"/> Fecha de toma de muestra _____ / _____ / _____
--	---

Resultado cultivo diagnóstico	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> no se realizó <input type="checkbox"/> Fecha resultado _____ / _____ / _____
--------------------------------------	---

Criterio diagnóstico:	Bacteriológico <input type="checkbox"/> Histopatológico <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Radiológico <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> especificar _____
------------------------------	---

Resultado de Prueba de sensibilidad	Sensible <input type="checkbox"/> MDR <input type="checkbox"/> XDR <input type="checkbox"/> Monoresistente <input type="checkbox"/> Poliresistente <input type="checkbox"/> RR <input type="checkbox"/> <i>Resistencia no MDR por prueba rápida <input type="checkbox"/> Resultado pendiente <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/></i> <i>Fecha de toma de muestra _____ / _____ / _____ Fecha de resultado _____ / _____ / _____</i>
--	---

Código INS _____	Tipo de Prueba: MODS <input type="checkbox"/> GRIES <input type="checkbox"/> GENOTYPE <input type="checkbox"/> Prueba convencional <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
-------------------------	--

Condición de ingreso (antecedente de Tratamiento)	Nunca tratado (Nuevo) <input type="checkbox"/> Antes tratado : Recaída < 6 meses <input type="checkbox"/> Recaída > 6 meses <input type="checkbox"/> Abandono recuperado <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/>
--	---

IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

Comorbilidad y condiciones de riesgo	VIH: positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> no se realizó <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Gestante/Puérpera <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Consumo de drogas <input type="checkbox"/>
---	---

Factores sociales	Antecedente de internado en un penal <input type="checkbox"/> Antecedente de delincuencia <input type="checkbox"/> chofer o cobrador de Bus <input type="checkbox"/> Persona en estado de abandono <input type="checkbox"/> paciente abandonado recurrente del tratamiento antituberculosis <input type="checkbox"/>
--------------------------	--

Antecedente de contacto	Caso Índice <input type="checkbox"/> Contacto de TB sensible <input type="checkbox"/> Contacto de TB MDR <input type="checkbox"/> Contacto de TB XDR <input type="checkbox"/> Contacto de fallecido por tuberculosis <input type="checkbox"/> Recibió TPI <input type="checkbox"/>
--------------------------------	---

V. DATOS PARA EL CIERRE DEL EVENTO

Esquema de tratamiento	Esquema TB sensible <input type="checkbox"/> Esquema TB resistente <input type="checkbox"/> No recibió tratamiento <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---

Fecha de Inicio de tratamiento _____ / _____ / _____	Fecha de egreso _____ / _____ / _____
---	--

Condición de Egreso	Curado <input type="checkbox"/> Tratamiento completo <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/>
----------------------------	--

Para pacientes fallecidos:	Fecha de fallecimiento: _____ / _____ / _____ Causa de muerte asociada a tuberculosis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Lugar de fallecimiento: Domicilio <input type="checkbox"/> EESS <input type="checkbox"/> Condición del tratamiento: En tratamiento <input type="checkbox"/> En espera de tratamiento <input type="checkbox"/> Sin tratamiento definido <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--

DIRECTIVA SANITARIA N°079 - MINSA/2017/CDC
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS

ANEXO N° 1
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TUBERCULOSIS

MINISTERIO DE SALUD

**CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PREVENCIÓN Y
 CONTROL DE ENFERMEDADES**

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TB

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

DIRIS/DIRESA /GERESA: _____ Establecimiento notificante:

Institución: MINSA ESSALUD INPE FFAA PNP PRIVADOS OTROS especificar _____

II. DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE

Tipo de documento de identidad : DNI Carné de extranjería Otro Sin documento de identidad

Registre el código o número del documento de Identidad marcado:

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombres _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad _____ Sexo: Masculino Femenino

Nacionalidad: Peruana otro , especificar _____ Lugar de nacimiento: Departamento _____

Ocupación actual _____

Dirección de domicilio actual: _____ Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____

III. DATOS DE EVENTO a notificar

- | | |
|--|---|
| 1. Caso de TB pulmonar con confirmación bacteriológica. <input type="checkbox"/> | 7. Caso de TB resistente a Rifampicina (TB RR) <input type="checkbox"/> |
| 2. Caso de TB pulmonar sin confirmación bacteriológica. <input type="checkbox"/> | 8. Caso de TB multidrogorresistente (TB MDR) <input type="checkbox"/> |
| 3. Caso de TB extrapulmonar. <input type="checkbox"/> | 9. Caso de TB monorresistente. <input type="checkbox"/> |
| 4. Caso de TB abandono recuperado. <input type="checkbox"/> | 10. Caso de TB polirresistente <input type="checkbox"/> |
| 5. Caso de TB recaída. <input type="checkbox"/> | 11. Caso de TB extensamente resistente (TB XDR). <input type="checkbox"/> |
| 6. Caso de TB en trabajadores de salud <input type="checkbox"/> | 12. Fallecido con TB. <input type="checkbox"/> |

Código autogenerado de FICHA: [] [] [] [] [] Fecha de notificación: _____ / _____ / _____

Fecha de Inicio de Síntomas _____ / _____ / _____ Fecha de diagnóstico _____ / _____ / _____

Localización anatómica de TB Pulmonar Extra Pulmonar Sistémica (miliar)
 Especificar localización de extra-pulmonar: Sistema nervioso Pleural Gastrointestinal
 Renal Ganglionar Ósea Piel Genitourinaria Otro especificar _____

Resultado de baciloscopía de diagnóstico (Bk Inicial) positivo (+) (++) (+++) negativo resultado pendiente no se realizó
 Fecha de toma de muestra _____ / _____ / _____

Resultado cultivo diagnóstico positivo negativo resultado pendiente no se realizó
 Fecha resultado _____ / _____ / _____

Criterio diagnóstico: Bacteriológico Histopatológico Clínico Radiológico Otros especificar _____

Resultado de Prueba de sensibilidad Sensible MDR XDR Monoresistente Poliresistente RR
 Resistencia no MDR por prueba rápida Resultado pendiente No se realizó
 Fecha de toma de muestra _____ / _____ / _____ Fecha de resultado _____ / _____ / _____

Código INS _____ Tipo de Prueba: MODS GRIES GENOTYPE Prueba convencional Otros

Condición de ingreso (antecedente de Tratamiento) Nunca tratado (Nuevo) Antes tratado : Recaída < 6 meses Recaída > 6 meses
 Abandono recuperado Fracaso

IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

Comorbilidad y condiciones de riesgo VIH: positivo negativo resultado pendiente no se realizó desconocido
 Diabetes Cáncer Gestante/Puérpera Alcoholismo Consumo de drogas

Factores sociales Antecedente de internado en un penal
 Antecedente de delincuencia chofer o cobrador de Bus
 Persona en estado de abandono paciente abandonado recurrente del tratamiento antituberculosis

Antecedente de contacto Caso Índice Contacto de TB sensible Contacto de TB MDR Contacto de TB XDR
 Contacto de fallecido por tuberculosis Recibió TPI

V. DATOS PARA EL CIERRE DEL EVENTO

Esquema de tratamiento Esquema TB sensible Esquema TB resistente No recibió tratamiento

Fecha de Inicio de tratamiento _____ / _____ / _____ **Fecha de egreso** _____ / _____ / _____

Condición de Egreso Curado Tratamiento completo Abandono Fracaso Fallecido No evaluado

Para pacientes fallecidos: Fecha de fallecimiento: _____ / _____ / _____
 Causa de muerte asociada a tuberculosis SI NO
 Lugar de fallecimiento: Domicilio EESS
 Condición del tratamiento: En tratamiento En espera de tratamiento Sin tratamiento definido



ANEXO N° 2
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TUBERCULOSIS EN TRABAJADORES DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES		FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TB EN TRABAJADORES DE SALUD	
I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE			
DIRIS/DIRESA /GERESA: _____		Establecimiento notificante: _____	
Institución: MINSA <input type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> INPE <input type="checkbox"/> FFAA <input type="checkbox"/> PNP <input type="checkbox"/> PRIVADOS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> especificar _____			
II. DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE			
Tipo de documento de identidad : DNI <input type="checkbox"/> Carné de extranjería <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sin documento de identidad <input type="checkbox"/>			
Registre el código o número del documento de identidad marcado _____			
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombres _____			
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad _____		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad: Peruana <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> especificar _____		Lugar de nacimiento: Departamento _____	
Dirección de domicilio actual: _____			
Departamento _____ Provincia _____		Distrito _____ Localidad _____	
IV. DATOS LABORALES			
Profesión:	Médico <input type="checkbox"/> Enfermero/a <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Técnico enfermería <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> (especificar) _____		
Condición Laboral:	Contratado (CAS o terceros) <input type="checkbox"/> Nombrado <input type="checkbox"/> Otros grupos: SERUM <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> especificar _____		
Establecimiento donde labora:	El mismo que notifica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> especificar _____ Tiempo en meses que labora en EE SS _____		
Servicio donde labora:	Estrategia de Tuberculosis <input type="checkbox"/> consultorio u hospitalización de neumología <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Consultorios <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Área Administrativa <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> especificar _____ Tiempo en meses que labora en servicio: _____		
III. DATOS DE EVENTO A NOTIFICAR:			
Código autogenerado de FICHA: _____	Fecha de notificación: _____ / _____ / _____		
Fecha de Inicio de Síntomas: _____ / _____ / _____	Fecha de diagnóstico: _____ / _____ / _____		
Localización anatómica de TB	Pulmonar <input type="checkbox"/> Extra Pulmonar <input type="checkbox"/> Sistémica (miliar) <input type="checkbox"/> Especificar localización de extra-pulmonar: Sistema nervioso <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Ganglionar <input type="checkbox"/> Ósea <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Genitourinaria <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> especificar _____		
Resultado de baciloscopía de diagnóstico (Bk Inicial)	positivo (+) <input type="checkbox"/> (++) <input type="checkbox"/> (+++) <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> no se realizó <input type="checkbox"/> Fecha de toma de muestra: _____ / _____ / _____		
Resultado Cultivo diagnóstico	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> no se realizó <input type="checkbox"/> Fecha resultado: _____ / _____ / _____		
Criterio diagnóstico:	Bacteriológico <input type="checkbox"/> Histopatológico <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Radiológico <input type="checkbox"/> Epidemiológico <input type="checkbox"/> Clínico Epidemiológico <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> especificar _____		
Prueba de sensibilidad	Sensible <input type="checkbox"/> MDR <input type="checkbox"/> XDR <input type="checkbox"/> Monoresistente <input type="checkbox"/> Poliresistente <input type="checkbox"/> RR <input type="checkbox"/> Resistencia no MDR por prueba rápida <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> Fecha de toma de muestra: _____ / _____ / _____ Fecha de resultado: _____ / _____ / _____		
Código INS _____	Tipo de Prueba: MODS <input type="checkbox"/> GRIES <input type="checkbox"/> GENOTYPE <input type="checkbox"/> Prueba convencional <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
Condición de ingreso (antecedente de Tto.)	Nunca tratado (Nuevo) <input type="checkbox"/> Antes tratado: Recalda < 6 meses <input type="checkbox"/> Recalda > 6 meses <input type="checkbox"/> Abandono recuperado <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/>		
IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS			
Comorbilidad y condiciones de riesgo	VIH: positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> no se realizó <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Gestante/Puérpera <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Consumo de drogas <input type="checkbox"/>		
Factores sociales	Antecedente de internado en un penal <input type="checkbox"/> Antecedente de delincuencia <input type="checkbox"/> chofer o cobrador de Bus <input type="checkbox"/> Persona en estado de abandono <input type="checkbox"/> paciente abandonado recurrente del tratamiento antituberculosis <input type="checkbox"/>		
Antecedente de contacto	Caso índice <input type="checkbox"/> Contacto de TB sensible <input type="checkbox"/> Contacto de TB-MDR <input type="checkbox"/> Contacto de TB XDR <input type="checkbox"/> Contacto de fallecido por tuberculosis <input type="checkbox"/>		
V. DATOS PARA EL CIERRE DEL EVENTO			
Esquema de tratamiento	Esquema TB sensible <input type="checkbox"/> Esquema TB resistente <input type="checkbox"/> No recibió tratamiento <input type="checkbox"/>		
Fecha de Inicio de tratamiento: _____ / _____ / _____	Fecha de egreso: _____ / _____ / _____		
Condición de Egreso	Curado <input type="checkbox"/> Tratamiento completo <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/>		
Para pacientes fallecidos:	Fecha de fallecimiento: _____ / _____ / _____ Causa de muerte asociada a tuberculosis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Lugar de fallecimiento: Domicilio <input type="checkbox"/> EESS <input type="checkbox"/> Condición del tratamiento: En tratamiento <input type="checkbox"/> En espera de tratamiento <input type="checkbox"/> Sin tratamiento definido <input type="checkbox"/>		