

DIRECTIVA SANITARIA Nº 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 <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 FILIACION 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"/> , especifique _____ 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"/> 2. Caso de TB pulmonar sin confirmación bacteriológica. <input type="checkbox"/> 3. Caso de TB extrapulmonar. <input type="checkbox"/> 4. Caso de TB abandono recuperado. <input type="checkbox"/> 5. Caso de TB recaída. <input type="checkbox"/> 6. Caso de TB en trabajadores de salud <input type="checkbox"/> 7. Caso de TB resistente a Rifampicina (TB RR) <input type="checkbox"/> 8. Caso de TB multidrogorresistente (TB MDR). <input type="checkbox"/> 9. Caso de TB monorresistente. <input type="checkbox"/> 10. Caso de TB polirresistente <input type="checkbox"/> 11. Caso de TB extensamente resistente (TB XDR). <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.</i> 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 diagnostico		positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> no se realizó <input type="checkbox"/> Fecha resultado ____/____/____			
Criterio diagnótico:		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"/> 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 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 EPIDEMIOLÓGICOS					
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/Puérpura <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 TBMdr <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 ____/____/____					
Condicción 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"/> Fecha de fallecimiento: ____/____/____ Causa de muerte asociada a tuberculosis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Lugar de fallecimiento: Domicilio <input type="checkbox"/> EEES <input type="checkbox"/> Condicción del tratamiento: En tratamiento <input type="checkbox"/> En espera de tratamiento <input type="checkbox"/> Sin tratamiento definido <input type="checkbox"/>			
Para pacientes fallecidos:					



DIRECTIVA SANITARIA Nº 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 <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 FILIACION 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 _____		
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"/>		
2. Caso de TB pulmonar sin confirmación bacteriológica. <input type="checkbox"/>		
3. Caso de TB extrapulmonar. <input type="checkbox"/>		
4. Caso de TB abandono recuperado. <input type="checkbox"/>		
5. Caso de TB recaída. <input type="checkbox"/>		
6. Caso de TB en trabajadores de salud <input type="checkbox"/>		
7. Caso de TB resistente a Rifampicina (TB RR) <input type="checkbox"/>		
8. Caso de TB multidrogorresistente (TB MDR). <input type="checkbox"/>		
9. Caso de TB monorresistente. <input type="checkbox"/>		
10. Caso de TB polirresistente <input type="checkbox"/>		
11. Caso de TB extensamente resistente (TB XDR). <input type="checkbox"/>		
12. Fallecido con TB. <input type="checkbox"/>		
Código autogenerated 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.</i> 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 baciloscopia 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 diagnostico	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"/> 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 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 EPIDEMIOLÓGICOS		
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/Puérpura <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 TBMdr <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"/> EEES <input type="checkbox"/> Condición del tratamiento: En tratamiento <input type="checkbox"/> En espera de tratamiento <input type="checkbox"/> Sin tratamiento definido <input type="checkbox"/>	



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

MINISTERIO DE SALUD CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA 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 FILIACION DEL PACIENTE		
Tipo de documento de identidad : DNI <input type="checkbox"/> Camé 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"/> especifique _____ 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"/> <i>Especificar localización de extra-pulmonar:</i> 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 baciloscopia 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 ____/____/____ 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 : Recaida < 6 meses <input type="checkbox"/> Recaida > 6 meses <input type="checkbox"/> Abandono recuperado <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/>	
IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS		
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/Puerpera <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"/>	