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

MINISTERIO DE SALUD CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA PREVENCIÖN 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☐ ESSALUD☐ INPE ☐FFAA ☐ PNP☐ PRIVADOS ☐ OTROS ☐ especificar_____

II. DATOS DE FILIACION 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_____

Dirección de domicilio actual: _____

Departamento_____ Provincia _____Distrito_____Localidad_____

IV. DATOS LABORALES

Profesión:	Médico ☐ Enfermero/a ☐ Odontólogo☐ Obstetra ☐Técnico enfermería ☐ otros ☐ (especificar) _____
Condición Laboral:	Contratado (CAS o terceros) ☐ Nombrado☐ Otros grupos: SERUM ☐ Residente ☐ Interno☐ Estudiante☐ otros ☐ especificar _____
Establecimiento donde labora:	El mismo que notifica ☐ Otro ☐ especifique _____ Tiempo en meses que labora en EE SS _____
Servicio donde labora:	Estrategia de Tuberculosis☐ consultorio u hospitalización de neumología ☐ Emergencia ☐ Consultorios ☐ Hospitalización☐ Laboratorio☐ Farmacia☐ Área Administrativa☐ otros ☐ 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 ☐ 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 diagnostico	positivo☐ negativo☐ resultado pendiente ☐ no se realizó ☐ **Fecha resultado** ___/____/____
Criterio diagnóstico:	Bacteriológico☐ Histopatológico ☐ Clínico ☐ Radiológico ☐ Epidemiológico ☐ Clínico Epidemiológico ☐ Otros ☐ especificar
Prueba de sensibilidad **Código INS_____**	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 _____/_____/_____ Tipo de Prueba: MODS☐ GRIES☐ GENOTYPE☐ Prueba convencional ☐ Otros ☐
Condición de ingreso (antecedente de Tto.)	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 ☐

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☐