

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE TUBERCULOSIS

I | Afiliación: _____

Folio: _____

NOMBRE: _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

CURP: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____
Día Mes Año

ESTADO: _____
(de nacimiento)

JURISDICCIÓN: _____
(de nacimiento)

MUNICIPIO: _____
(de nacimiento)

EDAD: _____
Años Meses Días

SEXO: M F

OCCUPACIÓN: _____

ESCOLARIDAD: _____
(Actual o Último año aprobado)

RESIDENCIA ACTUAL

| | | | |
|----------------|---------|--------|------------------------|
| Calle y Número | Colonia | Estado | Jurisdicción Sanitaria |
|----------------|---------|--------|------------------------|

| | |
|-----------|-----------|
| Municipio | Localidad |
|-----------|-----------|

| | | | | | | |
|--------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| TIPO DE MUNICIPIO: | Municipio prioritario TB | <input type="checkbox"/> | Municipio población indígena | <input type="checkbox"/> | Municipio muy alta marginación | <input type="checkbox"/> |
| | Municipio alta marginación | <input type="checkbox"/> | Municipio migración | <input type="checkbox"/> | Municipio Arranque Parejo en la Vida | <input type="checkbox"/> |

TIEMPO DE RADICAR EN DOMICILIO ACTUAL Menos de 1 año De 1 a 5 años Más de 5 años

II | DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE Clave de la Unidad _____ Estado _____ Jurisdicción Sanitaria _____ Municipio _____ Localidad _____

Institución _____ Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) _____

Nombre del Médico Notificante _____ Unidad de Adscripción _____

III | DATOS CLÍNICOS Fecha de inicio de signos y síntomas
Día Mes Año

Signos y síntomas _____

Método de diagnóstico: 1 = Baciloscopía, 2 = Cultivo, 3 = Histopatología, 4 = Clínico, 5 = Radiológico,
6 = Epidemiológico, 7 = Clínico-Epidemiológico, 8 = Otros, 9 = Ignorado

IV | ESTUDIO

RESULTADOS

Fecha de solicitud

Fecha de resultado

Día / Mes / Año

Día / Mes / Año

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

LABORATORIO Y GABINETE
1 = Baciloscopía, 2 = Cultivo, 3=Histopatología,
4 = Rx de tórax, 5 = TAC de cráneo, 6 = PCR,
7 = Citoquímico de LCR, 8 = Otros,
9 = Ignorado.
Especifique: _____

Resultado de baciloscopía: 1 = BK + (una cruz), 2 = BK ++ (dos cruces), 3 = BK +++ (tres cruces),
4 = BK - (Negativo), 5 = Positivo, 6 = No se realizó, 7 = Muestra inadecuada, 8 = De 1 a 9 bacilos, 9 = Ignorado.
Resultado de cultivo y PCR: 1 = Positivo, 2 = Negativo, 9 = Ignorado.
Resultado para Rx de Tórax, TAC de cráneo, Histopatología y Citoquímico de LCR: 1 = Con datos
sugestivos de TB, 2 = Sin datos sugestivos de TB, 9 = Ignorado.
Resultado de otro: 1= Positivo, 2 = Sugestivo, 3 = Negativo.

TIPO DE PACIENTE, LOCALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD, ANÁLISIS DE IMPORTANCIA Y TRATAMIENTO

V

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| Tipo de paciente: <input type="checkbox"/> | Documento de referencia de caso: <input type="checkbox"/> | Indicar el país de origen: <input type="checkbox"/> | Padeció tuberculosis anteriormente: <input type="checkbox"/> | Localización de la enfermedad: <input type="checkbox"/> | Localización de la enfermedad mixta: <input type="checkbox"/> |
| 1 = Caso nuevo, 2 = Reingreso, 3 = Recaída, 4 = Fracaso, 5 = Otros, 9 = Ignorado. | Tarjeta binacional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. | 1 = Pulmonar, 2 = Meníngea, 3 = Instestinal, peritoneo, 4 = Ósea, 5 = Renal, 6 = Genito-urinario, 7 = Piel, 8 = Ojo, 9 = Oído, 10 = Glándula Tiroideas, 11 = Glándula Suprarrenal, 12 = Ganglionar, 13 = Miliar, 14 = Pleural, 15 = Otras, 16 = SNC, 98 = Mixta | 1 = Pulmonar, 2 = Meníngea y SNC, 3 = Instestinal, peritoneo, 4 = Ósea, 5 = Renal, 6 = Genitourinario, 7 = Piel, 8 = Ojo, 9 = Oído, 10 = Glándula Tiroideas, 11 = Glándula Suprarrenal, 12 = Ganglionar, 13 = Miliar, 14 = Pleural, 15 = Otras | |
| Hoja de referencia <input type="checkbox"/> | 1 = E.U.A., 2 = Guatemala, 3 = Belice, 4 = Otro | En caso afirmativo indique el año de diagnóstico: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| Otro documento. <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Lugar de detección: <input type="checkbox"/> | Búsqueda activa: <input type="checkbox"/> | Si fue Reclusorio: <input type="checkbox"/> | Fecha de notificación: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Día / Mes / Año | |
| 1 = Consulta Externa, 2 = Pesquisa, 3 = Examen de contactos, 4 = Hospitalización, 5 = Reclusorio, 6 = Búsqueda activa, 9 = Ignorado. | 1 = Casa-casa, 2 = Laboratorio móvil, 3 = Reclusorio, 4 = Asilo, 5 = Escuela, 9 = Otro. Si seleccionó otro en búsqueda activa, Especifique: _____ | Fecha de ingreso al Reclusorio: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Día / Mes / Año | Día / Mes / Año | |
| Enfermedades asociadas: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nombre del Reclusorio: _____ | Fecha de inicio de estudio: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Día / Mes / Año | |
| 1 = VIH/SIDA, 2 = Alcoholismo, 3 = Diabetes, 4 = Desnutrición, 5 = Cirrosis hepática, 6 = Neoplasias, 7 = Insuficiencia Cardiaca, 8 = EPOC, 9 = Edema Agudo Pulmonar, 11 = Mixta, 96 = Otras, Especifique: _____ | | | Fecha de término de estudio: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Día / Mes / Año | |
| 97 = Ninguna, 99 = Ignorado (Puede seleccionar más de una opción) | | | Fecha de diagnóstico: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Día / Mes / Año | |
| Tuvo contacto con alguna persona que padezca o padeciera tuberculosis: <input type="checkbox"/> 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado | | | | | |
| En caso afirmativo, indicar el lugar: _____ | ESTADO | MUNICIPIO | LOCALIDAD | | |
| Tiene cicatriz de BCG?: <input type="checkbox"/> 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. | | | | | |
| Le aplicaron PPD?: <input type="checkbox"/> 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. Resultado <input type="checkbox"/> 1 = Reactor, 2 = No reactor | | Fecha de vacunación con BCG: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Día / Mes / Año | | |
| Inició tratamiento: <input type="checkbox"/> 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. | | Fecha de inicio de tratamiento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Día / Mes / Año | | |
| Esquema de tratamiento: <input type="checkbox"/> 1 = Primario acortado, 2 = Retratamiento primario, 3 = Retratamiento estandarizado, 4 = Retratamiento individualizado, 5 = Otro Especifique: _____, 9 = Ignorado | | | | | |

ESTUDIO DE CONTACTOS

1

* 1 = Masculino, 2 = Femenino **En caso de que el paciente sea menor de un año registrar en edad: 00 y para los pacientes menores de 10 años registrar un cero antes de la edad, ejemplo: si el paciente tiene nueve años registrar 09.

*** 1 = PPD, 2 = BAAR,
 3 = Cultivo, 4 = Radiografía, 5 = Clínico,
 6 = Cicatriz de BCG.

& De acuerdo a la Modificación de la NOM-006-SSA2-1993, Para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud.

VII

vii

Nota: Este apartado no es obligatorio para todos los casos; sólo se llenará cuando se sospeche farmacoresistencia al momento del diagnóstico.

Se realizó estudio de susceptibilidad antimicrobiana: 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. Si la respuesta es sí, indicar el resultado en cada uno de los fármacos:

Isoniacida: Rifampicina: Pirazinamida: Estreptomicina: Etambutol:
Opciones de resultado para cada uno de los fármacos 1 = Sensible, 2 = Resistente, 3 = No realizado, 9 = Se ignora

Otros fármacos: 1 = Protonamida, 2 = Kanamicina, 3 = Amikacina, 4 = Capreomicina, 5 = Ofloxacina