



TB 04-I

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE TUBERCULOSIS

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Afiliación: _____

Folio: _____

NOMBRE: _____

CURP: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESTADO: _____

JURISDICCION: _____

MUNICIPIO: _____

EDAD: _____

SEXO: ☐ M ☐ F

OCUPACION: _____

ESCOLARIDAD: _____

RESIDENCIA ACTUAL

Calle y Número Colonia Estado Jurisdicción Sanitaria

Municipio Localidad

TIPO DE MUNICIPIO: Municipio prioritario TB ☐ Municipio población indígena ☐ Municipio muy alta marginación ☐
Municipio alta marginación ☐ Municipio migración ☐ Municipio Arranque Parejo en la Vida ☐TIEMPO DE RADICAR EN DOMICILIO ACTUAL ☐ Menos de 1 año ☐ De 1 a 5 años ☐ Más de 5 años

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

DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de signos y síntomas _____

Signos y síntomas _____

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

LABORATORIO Y GABINETE

ESTUDIO

RESULTADOS

Fecha de solicitud
Día / Mes / Año

Fecha de resultado
Día / Mes / Año

1 = Baciloscopia, 2 = Cultivo, 3 = Histopatología, 4 = Rx de tórax, 5 = TAC de cráneo, 6 = PCR, 7 = Citoquímico de LCR, 8 = Otros, Especifique: _____

Resultado de baciloscopia: 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.

V

Tipo de paciente: ☐ Documento de referencia de caso: ☐ Indicar el país de origen: ☐ Padece tuberculosis anteriormente: ☐ Localización de la enfermedad: ☐ Localización de la enfermedad mixta: ☐

1 = Caso nuevo, 2 = Reingreso, 3 = Recaida, 4 = Fracaso, 5 = Otros, 9 = Ignorado. Tarjeta binacional ☐ Hoja de referencia ☐ Otro documento. ☐

1 = Si, 2 = No, 9 = Ignorado. En caso afirmativo indique el año de diagnóstico: Localización de la enfermedad: 1 = Pulmonar, 2 = Meningea, 3 = Intestinal, 4 = Ósea, 5 = Renal, 6 = Genito-urinario, 7 = Piel, 8 = Ojo, 9 = Oído, 10 = Glándula Tiroides, 11 = Glándula Suprarrenal, 12 = Ganglionar, 13 = Miliar, 14 = Pleural, 15 = Otras, 16 = SNC, 98 = Mixta

1 = Pulmonar, 2 = Meningea, 3 = Intestinal, 4 = Ósea, 5 = Renal, 6 = Genito-urinario, 7 = Piel, 8 = Ojo, 9 = Oído, 10 = Glándula Tiroides, 11 = Glándula Suprarrenal, 12 = Ganglionar, 13 = Miliar, 14 = Pleural, 15 = Otras

Lugar de detección: ☐ Búsqueda activa: ☐ Si fue Reclusorio: ☐ Fecha de notificación: 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: Día / Mes / Año

Nombre del Reclusorio:

Fecha de inicio de estudio: Día / Mes / Año

Fecha de término de estudio: Día / Mes / Año

Fecha de diagnóstico: Día / Mes / Año

Enfermedades asociadas:

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 = VIH/SIDA, 2 = Alcoholismo, 3 = Diabetes, 4 = Desnutrición, 5 = Cirrosis hepática, 6 = Neoplasias, 7 = Insuficiencia Cardíaca, 8 = EPOC, 9 = Edema Agudo Pulmonar, 11 = Mixta, 96 = Otras, Especifique:

97 = Ninguna, 99 = Ignorado (Puede seleccionar más de una opción)

ENFERMEDAD	AÑO DE DIAG.	EN TRAT.*	¿SE OFERTÓ LA PRUEBA*?	FECHA DE RESULTADO			RESULTADO**
				DÍA	MES	AÑO	
VIH/SIDA							
DIABETES							
DESNUTRICIÓN							
ALCOHOLISMO							
DROGAS I.V.							
OTRA							

* 1 = Sí, 2 = No

** 1 = Positivo, 2 = Negativo

Tuvo contacto con alguna persona que padezca o padeciera tuberculosis: ☐ 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado

En caso afirmativo, indicar el lugar:

ESTADO

MUNICIPIO

LOCALIDAD

Tiene cicatriz de BCG?: ☐ 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado.

Fecha de vacunación con BCG:

Día / Mes / Año

Le aplicaron PPD?: ☐ 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. Resultado: ☐ 1 = Reactor, 2 = No reactor

Inició tratamiento: ☐ 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado.

Fecha de inicio de tratamiento:

Día / Mes / Año

Esquema de tratamiento: ☐ 1 = Primario acortado, 2 = Retratamiento primario, 3 = Retratamiento estandarizado, 4 = Retratamiento individualizado, 5 = Otro Especifique: , 9 = Ignorado

VI

ESTUDIO DE CONTACTOS

Número de contactos declarados: ☐

NOMBRE	SEXO*		EDAD**	EXAMINADO***			Caso	Quimioprofilaxis &
	M	F		Sí	Sí	Sí	Sí	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 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

SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA

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: ☐ Estreptomina: ☐ Etambutol: ☐

Opciones de resultado para cada uno de los fármacos 1 = Sensible, 2 = Resistente, 3 = No realizado, 9 = Se ignora

Otros fármacos: ☐ 1 = Protionamida, 2 = Kanamicina, 3 = Amikacina, 4 = Capreomicina, 5 = Ofloxacina, 6 = Ciprofloxacina, 7 = Etionamida.

Fue analizado por el Comité Estatal de Farmacoresistencia: ☐ 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado.

FIRMA DEL MEDICO NOTIFICANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL EPIDEMIOLOGO JURISDICCIONAL