

FORMULARIO SINFOTB

Notificación y Registro de Casos Confirmados de Tuberculosis

NOTA:

*Este documento deberá ser entregado en EPIDEMIOLOGÍA, una vez CONFIRMADO, el diagnóstico de TUBERCULOSIS; adicional a la ficha de notificación individual y a la ficha clínico epidemiológica, debidamente llenadas y selladas, dentro de las 24 HORAS.

*La información que se solicita a continuación es de CARÁCTER OBLIGATORIO y forma parte de los requisitos necesarios para la notificación de un caso de TB diagnosticado en el hospital sea en EMERGENCIA, CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN O UCI; independientemente de la localización de la enfermedad/confirmación diagnóstica.

*Estos datos son ESENCIALES para poder realizar el registro del afectado con TB, en el sistema informático de tuberculosis del MSP (SINFOTB). Sin el debido registro del caso, NO SE PODRÁ DAR LA REFERENCIA al respectivo establecimiento de salud del primer nivel para su inicio o continuidad."

1. DATOS PERSONALES

Número de Identificación:		Edad:	
Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento:		Sexo:	
Identificación étnica:		Nacionalidad:	
Estado Civil			

2. DATOS FAMILIARES

Nro. de personas que viven en la casa:	
Nro. de dormitorios de la casa:	
Nro. de personas con duermen con el afectado:	
Ingreso mensual familiar (\$):	

3. UBICACIÓN DEL AFECTADO

Provincia:		Canton:	
Parroquia:			
Dirección Exacta:			
Teléfono de Contacto:		Celular contacto:	

4. OTRA INFORMACIÓN

Nivel de Instrucción:

Inicial		Superior (3er nivel)	
Edu Básica (1 ro a 10 mo)		Superior (4to nivel)	
Bachillerato		Ninguna	
Técnico Superior			

Tabaquismo:	SI		NO	
-------------	----	----------------------	----	----------------------

Cicatriz BCG:	SI		NO	
---------------	----	----------------------	----	----------------------

Ocupación:

Empleado dependiente:		Jubilado:	
Empleado independiente:		Desempleado:	
Empleado sin remuneración:			

Servicios Básicos:

Solo agua potable:
Solo luz eléctrica:
Solo alcantarillado:
Agua potable y luz eléctrica:

Alcantarillado y luz eléctrica:
Agua potable, alcantarillado y luz eléctrica:
Ninguno:

5. TRATAMIENTO**Tipo de TB:**

*TB sensible:

*TB resistente:

Tipo de caso:

*TB bacteriologicamente Confirmado:

*TB Clínicamente diagnosticado:

Fecha / Tipo de Cultivo:

Localización:

Pulmonar:
No pulmonar:

Especifique:

Historia de tratamiento:

Nuevo:

Previamente tratado - ¿Cuál?

Esquema Asignado:

2HRZE/4HR:
2HRZE/7HR:
2HRZE/10HR:
6HRZE
9HRZE
OTRO

Fecha de Inicio de Tratamiento

Cual:

Se utiliza esquema de tratamiento con CDF (combinación de dosis fija)

SI

NO

Grupo de riesgo par TB sensible/TB resistente:

Adulto Mayor:
Alcoholismo:
Contacto TBDR:
Contacto fallecido TB
Consumo de drogas
Comorbilidad
Inmunosupresión:

Embarazada
Habitante de calle
Niños menores de 5 años
PPL
PVV
Previamente tratado
Zona endémica de TB

Fecha de Serología VIH:

Fecha de Glicemia:

Resultado Serología:

Valor Glicemia:

Positivo:

Negativo:

Antecedentes Patológicos del paciente:

PESO AL INGRESO:

FALLECE: SI

TALLA :

NO

Fecha de Fallecimiento:

FECHA DEL ALTA:

Causa Base:

Medico que emite certificado: