

Evaluación del Programa de TB

Informe del seguimiento y el tratamiento de
contactos de casos y sospechosos de TB

Página 1 de
Fecha
#RVCT:

A. Información de caso/sospecha de caso

Apellido	Primer nombre	Segundo nom.	Fecha de Nacimiento (Mes / Día / Año)	Núm. del SS	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negra/Afr. Amer. <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio Amerino/Nat Alaska <input type="checkbox"/> Nat.Hawái/Is Pacífico <input type="checkbox"/> Otro	Grupo étnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hisp./Latino	
Domicilio: Calle		Apt.	Cuidad	Condado/Municipio	Código postal	Zona censal	Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo
Estatus: <input type="checkbox"/> Sospechoso Caso: <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Recaida <input type="checkbox"/> Reabrir			Localización predominante: <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Laríngea <input type="checkbox"/> Otra:			¿Es casado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Asiste/Empleado de guardería? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Fecha de TST mm Positivo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Bacteriología					
Fecha de IGRA Positivo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Muestra	Fecha de obtención	Frotis	Cultivo	Identificación del cultivo	Resistencia a:
Fecha inicio tratamiento	¿Cumple con el tratamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Contacto con ganado o consumo de lácteos no pasteurizados? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Identificado en investigación de contactos anterior? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Comentarios:	
Fecha de Rx tórax	Lectura	Cavidades <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Criterios de prioridad				
Fechas del periodo infeccioso		A		<input type="checkbox"/> Frotis de esputo positivo	<input type="checkbox"/> Laríngea	<input type="checkbox"/> Niño (5 a <15)		
				<input type="checkbox"/> Cultivo de esputo positivo	<input type="checkbox"/> Miliar	<input type="checkbox"/> Interno de correccional		
				<input type="checkbox"/> Cavernas en RX	<input type="checkbox"/> MFR (MDR)	<input type="checkbox"/> Residente de centro largo plazo		
				<input type="checkbox"/> Pulmonar	<input type="checkbox"/> Niño (<5)	<input type="checkbox"/> Con conversión reciente		
DOT <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Caso de origen: Nombre: Apellido, Primer nombre, Segundo nombre:							<input type="checkbox"/> No se sabe
Identificados menos de 3 contactos debido a: <input type="checkbox"/> Paciente no cooperó <input type="checkbox"/> Se perdió para seguimiento <input type="checkbox"/> Otro (especifique):				Comportamiento social de riesgo <input type="checkbox"/> Paciente murió <input type="checkbox"/> Sin información de contacto <input type="checkbox"/> 900 Positivo <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> HBV Positivo <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Consum otras sustancias <input type="checkbox"/> Consumo excesivo de alcohol				
Fecha de solicitud de asistencia:				Nombre del asistente:				

B. Entrevista e información del sitio de exposición

Fecha de la entrevista		Entrevistador: Apellido		Primer nombre		Clínica		Fecha visita 1 hogar/otro sitio:		Fecha visita 3 hogar/otro sitio:	
Fecha entrevista (>7 días después)								Fecha visita 2 hogar/otro sitio:		Fecha visita 4 hogar/otro sitio?	
# sitio	Nombre del sitio	Localidad / Dirección		Tipo de sitio						Est. # de espuestos	
				<input type="checkbox"/> Avión/Transp. Público <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Centro correccional <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Dormitorio <input type="checkbox"/> Hogar/Residencia <input type="checkbox"/> Hospital/Médico <input type="checkbox"/> Ocio/Recreación	<input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Escuela / Universidad <input type="checkbox"/> Oficina / Lugar de trabajo					
1				<input type="checkbox"/> Avión/Transp. Público <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Centro correccional <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Dormitorio <input type="checkbox"/> Hogar/Residencia <input type="checkbox"/> Hospital/Médico <input type="checkbox"/> Ocio/Recreación	<input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Escuela / Universidad <input type="checkbox"/> Oficina / Lugar de trabajo					
2				<input type="checkbox"/> Avión/Transp. Público <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Centro correccional <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Dormitorio <input type="checkbox"/> Hogar/Residencia <input type="checkbox"/> Hospital/Médico <input type="checkbox"/> Ocio/Recreación	<input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Escuela / Universidad <input type="checkbox"/> Oficina / Lugar de trabajo					
3				<input type="checkbox"/> Avión/Transp. Público <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Centro correccional <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Dormitorio <input type="checkbox"/> Hogar/Residencia <input type="checkbox"/> Hospital/Médico <input type="checkbox"/> Ocio/Recreación	<input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Escuela / Universidad <input type="checkbox"/> Oficina / Lugar de trabajo					
4				<input type="checkbox"/> Avión/Transp. Público <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Centro correccional <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Dormitorio <input type="checkbox"/> Hogar/Residencia <input type="checkbox"/> Hospital/Médico <input type="checkbox"/> Ocio/Recreación	<input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Escuela / Universidad <input type="checkbox"/> Oficina / Lugar de trabajo					
¿Intervinieron los medios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si contestó "sí", fuente de los medios y contacto:									