



Reporte de Caso y Servicios al Cliente

Fecha de notificación al departamento Salud: _____

Fecha que se envió formato a la Región: _____

Fecha que se envió formato a la oficina central: _____

Reporte Inicial Fármaco Resistente Seguimiento o revisión médica Ingreso o alta hospitalarios Nombre: _____

Nombre _____ (Apellido) _____ (Primer Nombre) _____ (Segundo Nombre) FDN: _____ (Mes / Día / Año)

Domicilio _____ # SS _____ (Calle y Numero) (Colonia) (Ciudad) (Estado) (C.P.)

Nombre del Centro/Proveedor Médico _____ Persona que lleno este formulario _____

Centro responsable de la atención al cliente: Clínica de Salud Pública Médico Particular Hospital Otro (especifique): _____

Signos/síntomas cuando se diagnosticó (Marque todo lo que corresponda)
 Fiebre Sudores Nocturnos
 Escalofríos Pérdida de peso (≥ 10%)
 Tos Otro: _____
 Tos productiva
 Hemoptisis
Fecha de inicio de síntomas: _____
 Radiografía de Tórax TAC(CT) Fecha: _____
 Normal Anormal No se realizó No se sabe
Si Anormal, marque la anomalía Estatus
 Cavidades Estable
 Sin cavidades, compatible con TB Empeorando
 Sin cavidades, no compatible con TB Mejorando
 No se Sabe
Comentarios: _____
Si es un caso de TB Pediátrico (edad < 15 años)
País donde nacieron los padres o tutores
Tutor 1: _____
Tutor 2: _____
¿El paciente vivió fuera de los EE UU por > de 3 meses?
 Sí, País: _____
 No No se sabe

ESTATUS: Nuevo Recurrente Reabierto
Terapia previa Sí No
Si marcó "Sí", fecha de inicio _____ Fecha de término _____

CLASIFICACIÓN DE LA SOCIEDAD TORACICA DE AMERICA (ATS)
0 - Sin Exposición a M. TB, sin infección de TB
1 - Exposición a M. TB, sin evidencia de infección de TB
2 - Infección de M. TB, sin enfermedad activa
3 - Infección de M. TB, enfermedad activa actual
4 - M. TB, sin enfermedad activa actual
5 - Sospecha de M. TB, diagnóstico pendiente

Sitio Predominante (Clasificación 3,4,5): _____
Sitios Significativos (distintos a los predominantes):
00 Pulmonar 30 Hueso y/o articulación
10 Pleural 40 Genitourinario
20 Linfático 50 Miliar/Diseminado
21 Cervical 60 Meningeo
22 Intratorácico 70 Peritoneal
23 Otro 80 Otro (especifique): _____
Otros Diagnósticos: _____

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE TB ACTIVA
Peso _____ Talla _____
Inicio de tratamiento: _____ Término de tratamiento: _____
Reinicio de tratamiento: _____ Término _____
DOT: Si No, especifique la razón: _____
Sitio de DOT: Clínica o centro médico En Campo DOT video
Frecuencia: Diario 5d/semana Diario 7d/semana 2d/semana
 3d/semana

Isoniácida _____ mgs Rifater _____ mgs
 Rifampicina _____ mgs Levofloxacino _____ mgs
 Rifamata _____ mgs Moxifloxacina _____ mgs
 Pirazinamida _____ mgs Rifpentina _____ mgs
 Etambutol _____ mgs Bedaquilina _____ mgs
 Estreptomina _____ mgs Clofazimina _____ mgs
 Etionamida _____ mgs Cicloserina _____ mgs
 Capreomicina _____ mgs Linezolid _____ mgs
 Amikacina _____ mgs PAS _____ mgs
 Ciprofloxacino _____ mgs B6 _____ mgs
 Ofloxacino _____ mgs _____ mgs
 Rifabutina _____ mgs _____ mgs

Rectado para: _____ meses Reposiciones máximas autorizadas: _____

RESULTADOS DE FROTIS BACILOSCOPICO (AFB/BAAR)
Actual (Fecha): _____ Negativo Positivo
(Mes / Día / Año) Pendiente No se realizó
Tipo de Muestra: Espudo Orina Lavado Bronquial
 Biopsia Otro
Si fue Biopsia u otro, indique el sitio anatómico de la muestra: _____
Si fue otra distinta del esputo, tipo de examen: _____
Fecha de colección del BAAR positivo inicial: _____
Fecha de colección de primer BAAR negativo sistemáticamente: _____

PRUEBA DE AMPLIFICACION DE ACIDO NUCLEICO
Actual (Fecha): _____ Negativo Positivo
(Mes / Día / Año) Determinado No se realizó

RESULTADOS DE CULTIVO
Actual (Fecha): _____ Negativo Pendiente No se realizó
 Positivo para M. TB Positivo para No-MTB (especifique): _____
Tipo de Muestra: Espudo Orina Lavado bronquial Biopsia Otro
Si fue biopsia u otro, indique el sitio anatómico de la muestra: _____
Fecha de colección del primer cultivo M. TB positivo inicial: _____
Fecha de colección del primer cultivo M. TB sistemáticamente negativo: _____
¿Se documentó la conversión del cultivo de esputo? Sí No N/A
Si no se documentó, especifique: _____

RESULTADOS DE SUSCEPTIBILIDAD
Fecha de colección del cultivo inicial de susceptibilidad: _____
 No hay resistencia Resistente a: Isoniácida Rifampicina
 Etambutol Otra: _____
Fecha de colección del último cultivo positivo: _____
Resistencia a: Isoniácida Rifampicina Etambutol
Otra: _____

Razón de Extensión de Terapia > 12 MESES: _____
Se Recomendó Hospitalización: Sí No Orden de Control: _____
¿Cumple la terapia? Sí No
¿Se recomendó cuarentena? Sí No Acción judicial: _____
¿Aislamiento?: Sí, fecha: _____ No, fecha de alta: _____

Comentarios Generales: _____

CIERRE del EVENTO: Fecha: _____ Se completo la terapia adecuada
 El cliente decidió terminar Se perdió sin seguimiento Reacción adversa a fármacos
 Falleció (causa): _____ Se mudó fuera del estado a: _____
Fecha que se envió la referencia a la oficina central: _____
Decisión del Proveedor: Embarazo Sin TB Otro: _____
Dosis Recomendadas _____ Dosis Tomadas _____
Dosis Tomadas por DOT _____ % Dosis Tomadas por DOT _____
Meses con RX _____ Meses Recomendados _____

Firma de enfermero/a _____ Fecha _____
Firma del médico _____ Fecha _____
 Enfermero autorizado para obtener el consentimiento informado