

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:	<input type="text"/>	Edad:	<input type="text"/>
Primer Apellido:	<input type="text"/>	Segundo Apellido:	<input type="text"/>
Primer Nombre:	<input type="text"/>	Segundo Nombre:	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="text"/>
Identificación étnica:	<input type="text"/>	Nacionalidad:	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text"/>		

2. DATOS FAMILIARES

Nro. de personas que viven en la casa:	<input type="text"/>
Nro. de dormitorios de la casa:	<input type="text"/>
Nro. de personas con duermen con el afectado:	<input type="text"/>
Ingreso mensual familiar (\$):	<input type="text"/>

3. UBICACIÓN DEL AFECTADO

Provincia:	<input type="text"/>	Canton:	<input type="text"/>
Parroquia:	<input type="text"/>		
Dirección Exacta:	<input type="text"/>		
Teléfono de Contacto:	<input type="text"/>	Celular contacto:	<input type="text"/>

4. OTRA INFORMACIÓN

Nivel de Instrucción:

Inicial	<input type="text"/>	Superior (3er nivel)	<input type="text"/>
Edu Básica (1 ro a 10 mo)	<input type="text"/>	Superior (4to nivel)	<input type="text"/>
Bachillerato	<input type="text"/>	Ninguna	<input type="text"/>
Técnico Superior	<input type="text"/>		

Tabaquismo:	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>
-------------	----	----------------------	----	----------------------

Cicatriz BCG:	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>
---------------	----	----------------------	----	----------------------

Ocupación:

Empleado dependiente:	<input type="text"/>	Jubilado:	<input type="text"/>
Empleado independiente:	<input type="text"/>	Desempleado:	<input type="text"/>
Empleado sin remuneración:	<input type="text"/>		

Servicios Básicos:

Solo agua potable:	<input type="text"/>	Alcantarillado y luz eléctrica:	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------

Solo luz eléctrica: <input style="width: 100%;" type="text"/> Solo alcantarillado: <input style="width: 100%;" type="text"/> Agua potable y luz eléctrica: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Agua potable, alcantarillado y luz eléctrica: <input style="width: 100%;" type="text"/> Ninguno: <input style="width: 100%;" type="text"/>
5. TRATAMIENTO	
Tipo de TB:	
*TB sensible: <input style="width: 100%;" type="text"/>	*TB resistente: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Tipo de caso:	
*TB bacteriologicamente Confirmado: <input style="width: 100%;" type="text"/>	*TB Clínicamente diagnosticado: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha / Tipo de Cultivo: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Localización:	
Pulmonar: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Especifique: <input style="width: 100%;" type="text"/>
No pulmonar: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Historia de tratamiento:	
Nuevo: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Previamente tratado - ¿Cuál? <input style="width: 100%;" type="text"/>
Esquema Asignado:	
2HRZE/4HR: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de Inicio de Tratamiento <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>
2HRZE/7HR: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
2HRZE/10HR: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
6HRZE <input style="width: 100%;" type="text"/>	
9HRZE <input style="width: 100%;" type="text"/>	
OTRO <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Cual: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Se utiliza esquema de tratamiento con CDF (combinación de dosis fija)	
SI <input style="width: 100%;" type="text"/>	NO <input style="width: 100%;" type="text"/>
Grupo de riesgo par TB sensible/TB resistente:	
Adulto Mayor: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Embarazada <input style="width: 100%;" type="text"/>
Alcoholismo: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Habitante de calle <input style="width: 100%;" type="text"/>
Contacto TBDR: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Niños menores de 5 años <input style="width: 100%;" type="text"/>
Contacto fallecido TB <input style="width: 100%;" type="text"/>	PPL <input style="width: 100%;" type="text"/>
Consumo de drogas <input style="width: 100%;" type="text"/>	PVV <input style="width: 100%;" type="text"/>
Comorbilidad <input style="width: 100%;" type="text"/>	Previamente tratado <input style="width: 100%;" type="text"/>
Inmunosupresión: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Zona endémica de TB <input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha de Serología VIH: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de Glicemia: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Resultado Serología:	Valor Glicemia: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Positivo: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Negativo: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Antecedentes Patológicos del paciente <input style="width: 100%;" type="text"/>	
PESO AL INGRESO: <input style="width: 100%;" type="text"/>	FALLECE: SI <input style="width: 100%;" type="text"/>
TALLA : <input style="width: 100%;" type="text"/>	NO <input style="width: 100%;" type="text"/>
FECHA DEL ALTA: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de Fallecimiento: <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Causa Base: <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Medico que emite certificado: <input style="width: 100%;" type="text"/>