

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

Edu Básica (1 ro a 10 mo)

Bachillerato

Técnico Superior

Superior (3er nivel)

Superior (4to nivel)

Ninguna

Tabaquismo: SI NO

Cicatriz BCG: SI NO

Ocupación:

Empleado dependiente:

Jubilado:

Empleado independiente:

Empleado sin remuneración:

Desempleado:

Servicios Básicos:

Solo agua potable:

Alcantarillado y luz eléctrica:

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