

DATOS GENERALES		
Departamento:	Régimen:	Pertenencia Étnica :
Municipio / Localidad o Comuna::	EAPB	Pueblo indígena
Tipo de identificación y número:	IPS:	Grupo poblacional:

DATOS IDENTIFICACIÓN		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
EDAD:	UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD:	SEXO:
	1 AÑOS 2 MESES	1 Masculino 2 Femenino
DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA O COMUNIDAD DONDE HABITA	BARRIO / VEREDA	TELÉFONO:
NOMBRE DEL LUGAR DE TRABAJO Y DIRECCIÓN	BARRIO / VEREDA	TELÉFONO:

CONDICIÓN DE INGRESO		
TIPO DE PACIENTE		
1 Nuevo	2 Reingreso tras recaída	3 Reingreso tras pérdida del seguimiento
4 Reingreso tras fracaso <small>(Solo de TB sensible o TBFR ≠ TBRR)</small>	5 Remitido <small>IPS y ET de donde viene remitido</small>	

TIPO DE TUBERCULOSIS:		LOCALIZACIÓN EXTRAPULMONAR:
1 Pulmonar <small>(Incluye laringea y miliar)</small>	2 Extrapulmonar	

DIAGNÓSTICO		
MARQUE CON X SI EL CRITERIO FUE POSITIVO, NEGATIVO O NO REALIZADO	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	+ - NR*
	1 Baciloscopia	
	2 Cultivo	
	3 Pruebas moleculares	
	4 Histopatología	
5 Cuadro Clínico		
6 Epidemiológico		
7 Radiológico		
8 Tuberculínico		
OTRAS AYUDAS DIAGNOSTICAS		
9 ADA		

CONDICIONES ASOCIADAS A TENER EN CUENTA PARA EL MANEJO O EL SEGUIMIENTO		
1 Enfermedad Renal	2 Enfermedad Hepática	3 VIH/SIDA
4 Diabetes mellitus	5 Silicosis	6 Desnutrición
7 Alcoholismo	8 Farmacodependencia	9 Embarazo
10 Tabaquismo		

INICIO DE SINTOMAS		SOLICITUD DE BK			
dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa
RESULTADO BK SERIADO			1ª BK	2ª BK	3ª BK
dd	mm	aaaa			
RESULTADO CULTIVO			DIAGNÓSTICO TB		
dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa

DIAGNÓSTICO PREVIO		PESO (Kg) al inicio
APV	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	dd mm aaaa
PRUEBA PRESUNTIVA	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>	PACIENTE NO ACEPTA <input type="checkbox"/>
PRUEBA CONFIRMATORIA	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>	dd mm aaaa
RECIBE TAR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO
		dd mm aaaa
		RECIBE Trimetoprim
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

FECHA INICIO FASE o CAMBIO DE DOSIS	TRATAMIENTO					
	Primera Fase			Segunda Fase		
dd mm aaaa	dd	mm	aaaa	dd	mm	aaaa
MEDICAMENTO	DOSIS mg.		DOSIS mg.			
Rifampicina (R)						
Isoniacida (H)						
Pirazinamida (Z)						
Etambutol (E)						

* NR= No realizado

PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD	FECHA	MEDICAMENTO					
		S	H	R	E	Z	
	dd/mm/aaaa						
dd/mm/aaaa							

Resultado de pruebas susceptibilidad: Anote bajo la letra del medicamento:
R: si es Resistente S: si es sensible NI: No interpretable

Realizar cultivo y pruebas de susceptibilidad a fármacos a:
1) Todos los paciente previamente tratados (PÉRDIDA DESPUES DEL SEGUIMIENTO y RECAÍDAS).
2) < 15 años, PVV, PPL, Indígenas, habitante de calle, trabajadores de salud.

