Guía de gestión de datos de TUBERCULOSIS

Diciembre 2015
Primera edición

TESÃI HA TEKO PORAVE MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

TETÃ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL
Jajapo Oñonvivepa Tape Pyahú
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

PROGRAMA NACIONAL DE
Control de la
Tuberculosis

Terminemos con la Tuberculosis durante nuestra generación

Autoridades

Dr. Antonio Barrios
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. María Teresa Barán
Vice Ministra de Salud Pública

Dra. Agueda Cabello Sarubbi
Directora General de Vigilancia de la Salud

Dra. Estela Quiñonez de Meza
Directora de Enfermedades Transmisibles

Dra. Sarita Aguirre García
Directora del Programa Nacional de Control de Tuberculosis

Dr. Gustavo Chamorro Cortesi
Director del Laboratorio Central de Salud Pública

Coordinación y elaboración para esta edición

Equipo Técnico de Coordinación, Elaboración y Revisión

Dra. Sarita Aguirre

Lic. Melissa Valdez

Lic. Angélica Medina

Equipo Técnico del PNCT para la Elaboración y la Revisión

Lic. Ruth Lezcano

Lic. Eva Chamorro

Lic. Cynthia Segovia

Lic. Ramona Cardozo

Lic. Ivonne Montiel

Lic. Agustina Rojas

Lic. Claudia Ferreira

Lic. Leónida Segovia

Dra. Mirian Román

Dra. Cynthia Meza

Dra. Rosita Mellid

Dra. Roscío Gómez

Lic. Hugo Benítez

Q.Fca. Nilsa Lial

Dr. Daniel Vázquez

Equipo Administrativo

C.P. Tomasa Portillo

Claudia González

Fabiola Pitta

Eliana Ruiz Díaz

Comunicación

Lic. Mirian Núñez

Estadísticas

Lic. Mirian Álvarez

Lic. Natalia Sosa

Lic. Néstor Segovia

Revisión inicial y Trabajo de campo

Lic. Patricia Mendoza

Colaboradores

Magdalena Molinas	Altervida
Jazmín Villagra	Altervida
Myriam Palacios	Hospital del Indígena
Gladys Ballejo	Hospital del Indígena
Cristina Rolón	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
Mariana Cáceres	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
Cecilia Yegros	XI Región Sanitaria
Dra. Graciela Chávez	XVIII /Región Sanitaria
Dr. Alfredo Jara	Facultad de Ciencias Medica, UNA
Ruth Martinez R	Penitenciaria Nacional de Tacumbú
Ramona Ovelar	Penitenciaria Nacional de Tacumbú
Elida Echague	USF Pablo Rojas
Fátima Amarilla	USF Remansito
Limpio Fariña	Hospital Regional de CDE
Néstor Moreno	Penitenciaria CDE
Nancy Cuevas	X Región Sanitaria
Ada Méndez	X Región Sanitaria
Lic. Antonia Areco	X Región Sanitaria
Graciela Sosa	X Región Sanitaria
Carlos Núñez	Hospital Pte. Franco
Luz Marina Amarilla	X Región Sanitaria
Laura Solís	Hospital Distrital de Hernandarias
Norma E. Rodríguez	Hospital Distrital de Hernandarias

Contenido

Abreviaturas 7

Introducción 9

PARTE 1
Disposiciones Generales de Gestión de Datos de Tuberculosis 11

I. Propósito de la Guía 12

II. Objetivos 13

III. Alcance 14

IV. Normas de Control y seguridad del sistema de gestión de datos de Tuberculosis 15

V. Características que definen la calidad de datos 18

VI. Formularios de Registro 19

VII. Estructura Operativa del sistema de gestión de datos de Tuberculosis. Responsabilidades generales y funciones específicas por niveles 24

VIII. Procesos del Sistema de Gestión de datos de Tuberculosis 33

IX. Flujo de la información 36

X. Verificación de los datos 38

XI. Glosario 40

PARTE 2
Mapas de procesos, formularios de registro e instructivos 41

Abreviaturas

BCG	Vacuna Bacillus Calmette-Guerin
CTV	Consejería y testeo voluntario.
DGVS	Dirección General de Vigilancia de la Salud.
DIVET	Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles.
DOTS/TAES	Estrategia de Control de la TB, que incluye el tratamiento acortado estrictamente supervisado.
FODA	Fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas.
M&E	Monitoreo y Evaluación.
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
PNT	Programa Nacional de Tuberculosis.
POA	Plan operativo anual.
PSD	Pruebas de sensibilidad a drogas
PVIH	Persona con VIH
RAFA/S	Reacciones adversas a fármacos antibacilares.
RR	Resistencia a rifampicina.
RS	Región Sanitaria.
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SR	Sintomático Respiratorio.
TB	Tuberculosis.
TB/VIH	Coinfección TB/VIH
TB-DR	Tuberculosis drogorresistente.
TB-MDR	Tuberculosis multidrogorresistente.
TBP	Tuberculosis pulmonar
TBP BK -	Tuberculosis pulmonar con baciloscopía de esputo negativa
TBP BK +	Tuberculosis pulmonar con baciloscopía de esputo positiva
TB-XDR	Tuberculosis extensamente resistente.
TDO	Tratamiento directamente observado.
UER	Unidad Epidemiológico Regional
USF	Unidad de Salud de la Familia
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Introducción

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa crónica, por este motivo el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) ha establecido que es de notificación obligatoria, lo que exige contar con un sistema de gestión de datos y con las orientaciones claras de su funcionamiento.

Los datos son la savia del trabajo en las instituciones, la calidad de los mismos marca la diferencia entre el éxito y el fracaso. Si no se gestionan correctamente los datos y si esa tarea no se va perfeccionando paulatinamente, los datos se van deteriorando poco a poco y en consecuencia no se puede generar informaciones seguras, lo cual incide en la agilidad del trabajo, en la posibilidad de evaluar los resultados y tomar decisiones gerenciales.

La **GUÍA DE GESTIÓN DE DATOS DE TUBERCULOSIS** es una herramienta elaborada por el Programa Nacional de Tuberculosis (PNT) para garantizar la gestión de datos a través del control y seguridad del sistema de reporte de datos de TB y para dar cumplimiento a las normas y a los lineamientos establecidos por las autoridades del Sistema de Salud Pública de la República del Paraguay, de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS), Dirección de y del Programa Nacional de la Tuberculosis (PNT), del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).

Es un documento de carácter técnico que establece la estructura de gestión de datos en TB, basado en las normas de gestión de los mismos y sobre los procedimientos establecidos para el proceso de generación, circulación, administración, monitoreo y control de los datos que son generados desde los servicios de salud en sus diferentes niveles, hasta llegar al PNT, entidad responsable de monitorear los resultados de los trabajos, consolidar (integrar) los datos de nivel nacional para generar informaciones sobre la situación de la tuberculosis , de monitorear el avance de las metas y remitir la información a las instancias correspondientes, para tomar decisiones.

La Guía es de fácil comprensión y utilización, por tanto puede ayudar a los responsables de la generación y reporte de datos, a que conozcan y apliquen los procedimientos establecidos para garantizar la calidad de los datos registrados en la búsqueda activa, en la identificación de casos, en el tratamiento y en la aplicación de las medidas de prevención y mitigación en las comunidades y poblaciones de mayor riesgo de TB, tanto en servicios de salud público como privado.

El contenido de este documento se basa en las normas establecidas en materia de información en salud, en las exigencias de la vigilancia epidemiológica y en los procedimientos establecidos en la Guía Nacional para el Manejo de la Tuberculosis actualizada.

La guía contiene dos partes:

Parte I.
Disposiciones generales de gestión de datos en tuberculosis, que incluye:

I. Propósito de la Guía.

II. Objetivos de la guía.

III. Alcance.

IV. Normas de control y seguridad del Sistema de Gestión de Datos de Tuberculosis.

V. Características que definen la calidad de los datos

VI. Formularios de Registro.

VII. Estructura operativa del Sistema de Gestión de Datos de Tuberculosis, responsabilidades generales y funciones específicas por niveles.

VIII. Procesos del sistema de Gestión de Datos en Tuberculosis.

IX. Flujo de la información

X. Verificación de los datos.

Parte II.
Los mapas de procesos y los Formularios de registro de datos a ser utilizados en cada servicio.

La guía fue elaborada participativamente con el equipo de trabajo del "**Programa Nacional de la Tuberculosis (PNT)"** y personal perteneciente a los servicios de salud de las regiones sanitarias de Capital, Central, Alto Paraná, Presidente Hayes y Boquerón, con el propósito de responder a las necesidades planteadas por los profesionales de salud involucrados en esta tarea y está dirigida a quienes tienen la responsabilidad de generar datos sobre la tuberculosis, para que se constituya en una herramienta de consulta permanente que les ayude a mejorar la eficiencia y eficacia del proceso, así como la calidad de la información generada a partir de los datos registrados.

PARTE 1
Disposiciones generales de gestión de datos de tuberculosis

I. Propósito de la guía

Contribuir a la estandarización de las acciones que se llevan a cabo en los servicios de salud públicos y privados, en los establecimientos de apoyo y en las actividades realizadas en la comunidad, para generar informaciones estadísticas consistentes, confiables, comparables, oportunas y de calidad, que contribuyan a realizar la vigilancia y el control de la TB en Paraguay.

II. Objetivos de la guía

1. Objetivo General

Regular y fortalecer las acciones realizadas en el proceso de generación e integración de datos relacionados al control de la TB, en los servicios de salud públicos y privados, en establecimientos que cuenten con laboratorio y en servicios comunitarios.

2. Objetivos Específicos

- Proveer apoyo a cada uno de los actores involucrados en el registro e integración de datos durante la prestación de servicios.
- Contribuir al control de datos con el fin de asegurar la calidad, la consolidación oportuna y el cumplimiento de la normativa vigente.
- Facilitar el monitoreo de las actividades en los diferentes niveles operativos.

III. Alcance

La **GUÍA DE GESTIÓN DE DATOS EN TUBERCULOSIS**, proporciona las orientaciones precisas para la estandarización de la gestión de los datos en todo el país, la implementación de normas, así como los procedimientos y herramientas que permitirán reducir las posibilidades de errores y duplicaciones, además de consolidar los datos procedentes de diversas fuentes.

Con la Guía se propone la estructura de trabajo que permitirá disponer de datos e informaciones confiables de diversos niveles de servicios de salud, que permitirán apreciar mejor el valor y calidad de los mismos y en base a ello, sacar conclusiones y tomar decisiones más eficaces.

Así mismo, la guía describe la estructura operativa y las funciones de cada instancia en la que se general los datos, establece el trabajo que debe realizarse para generar resultados en cada nivel de servicio y las características que debe tener dichos resultados.

El sistema de gestión de datos en TB, es aplicable a todos los servicios de salud tanto públicos como privados que participan en la atención de pacientes, ya sea a nivel local y distrital

El mejoramiento del sistema de información de los datos de TB, depende por tanto de que los encargados de cada servicio según nivel, asuman con responsabilidad y compromiso la tarea que le corresponde en este proceso.

IV. Normas de control y seguridad del sistema de gestión de datos de tuberculosis

1. El control y la seguridad en el manejo de datos, consiste en un mecanismo organizado, orientado a dejar constancia de las actividades realizadas para: recolectar, almacenar y reportar los datos generados en la gestión de la TB en cada nivel de servicio, para generar informaciones que permitan la toma de decisiones en los niveles organizacionales del sistema de vigilancia epidemiológica.

2. El Sistema de control y seguridad de los datos de TB está constituido por 4 componentes; I) la estructura de gestión de los datos, que incluye a los diferentes niveles de servicios de salud responsables de registrar, consolidar y reportar datos de TB, hasta llegar al PNT y a la DGVS; II) los formularios de registro, consolidación y reporte de datos; III) el mapa de procesos que se debe seguir para el registro y reporte de datos y; IV) el instructivo de llenado de los formularios de registro.

3. La calidad de los datos están en relación directa con la eficacia en la búsqueda de los casos, por tanto los gerentes de los servicios de salud que atienden a pacientes, son responsables directos de que el servicio a su cargo encuentre los casos esperados de TB según su programación y de que alcancen sus metas.

4. El registro de datos se llevará a cabo, desde el momento en que se brinda la atención al caso presuntivo de TB, a través de los medios convencionales (Registros Impresos) y en el Sistema Experto de Información para el control de la TB.

5. Las normativas relacionadas a la integración o agregación de datos, se aplican a los niveles distritales y regionales que tienen la responsabilidad de agrupar los datos sobre los casos presuntivos de TB, casos de TB identificados, diagnosticados y tratados en el país.

6. El reporte de datos integrados o agregados se realizará en forma mensual en los diferentes servicios del sistema sean públicos o privados y según nivel y responsabilidad, los mismos deberán llevar la firma del responsable de la dirección de los servicios. El periodo de informe mensual abarca desde el día 21 del mes en curso al día 20 del siguiente mes. A excepción de los meses de: enero donde el mes estadístico se establece desde el 1 al 20 del mes; y en el último mes del año del día 21 de noviembre hasta el 31 de diciembre.

7. El informe mensual sobre los resultados de las acciones serán realizadas de la siguiente forma:

   - El **Nivel Local** deberá integrar, analizar la información y entregar hasta el 1er día del mes al Nivel Distrital.
   - El **Nivel Distrital** deberá integrar, analizar la información y entregar hasta el día 5 de cada mes al Nivel Regional.
   - El **Nivel Regional** (Coordinación Regional de TB) deberá integrar, analizar la información y entregar hasta el día veinte de cada mes al Nivel Central.

8. Los formularios de registro deberán mantenerse en resguardo en el servicio donde fueron generados, por un periodo de cinco años, independientemente si se trata de informes en papel o electrónicos y deberán estar a disposición de los funcionarios/as del programa TB y otras personas que así lo requieran.

9. Los Formularios de registro que forman parte del sistema de gestión de datos según nivel del servicio, son de uso obligatorio por los prestadores de servicios, quienes deberán utilizarlos según las orientaciones establecidas en esta guía.

10. Todas las instancias involucradas en el proceso de generación, recolección y control de datos deberán actualizar los Formularios de registro e instrucciones de llenado, así como toda la documentación de apoyo cada vez que la Dirección del PNT, así lo instruya.

11. El control de los datos, deberá realizarse sobre la cantidad y calidad de las cifras registradas en los diversos Formularios, de conformidad al orden cronológico que supone la búsqueda e identificación de casos, el diagnóstico, el tratamiento, las altas y el reporte de un caso de TB, y según las funciones que le corresponde a cada nivel.

12. El **nivel distrital** responsable de la Integración de Datos, deberá conservar todos los registros que respaldan los informes consolidados, enviados a nivel regional y las fechas de recepción, con el objetivo de mantener la constancia de los formularios recibidos y permitir el monitoreo de la oportunidad y accesibilidad a los datos producidos.

13. El **nivel regional** responsable de la Integración de Datos, deberá conservar todos los registros que respaldan los informes consolidados de los distritos y las fechas en las que efectuó la recepción así como la totalidad de los mismos, con el objetivo de mantener la constancia de los datos recibidos y permitir el monitoreo continuo de la calidad, oportunidad y la accesibilidad a los datos producidos. Si luego de los controles efectuados por el nivel distrital y regional se detectan inconsistencias posterior al cierre del mes, el PNT comunicará a la RS involucrada sobre dichos

errores, con la finalidad que ésta corrija las deficiencias en la calidad de los datos de tuberculosis bajo su jurisdicción. Así también, si encuentra informes pendientes o unidades que no han informado.

14. La Dirección del PNT, a través de su Departamento de Estadística integrará la información certificada de todos los servicios de salud pública y privados que atienden pacientes, y actualizará esta información mensualmente, hasta que el Sistema Informático Experto de Control de la TB" sea implementado por todos los servicios del nivel nacional; cuando esto ocurra la actualización será diaria.

15. El PNT, con los datos recibidos y certificados por el departamento de Estadísticas, producirá publicaciones mediante cuadros estadísticos y aportará informaciones de forma periódica a los demás órganos del sistema de Vigilancia Epidemiológica a la Dirección de Coordinación de RS, a los organismos internacionales y a otras instancias que lo soliciten, con la finalidad de facilitar la retroalimentación de las políticas y estrategias nacionales y regionales destinadas al control de la Tuberculosis.

El cumplimiento de estas normas, contribuirán a una mayor transparencia en la gestión pública, de los datos oficiales publicados por la Dirección del PNT y por las Unidades Epidemiológicas de las RS, además de identificar los resultados de la respuesta nacional del sistema de salud al control de la tuberculosis en el marco de las normas y políticas públicas de la República del Paraguay.

V. Características que definen la calidad de los datos

Las características que deben reunir los datos para que sean considerados de calidad y que son aspectos claves que deben ser controlados son las siguientes:

- **Integridad:** es cuando los datos están completos y tienen todas sus partes. Es decir todos los datos solicitados en los instrumentos están registrados en tiempo y forma, para que puedan ser utilizadas.
- **Estandarización:** cuando los datos que están registrados en los campos de carga, tienen un formato estándar y legible.
- **Consistencia:** permite constatar que no existe información contradictoria al hacer el cruce de información en los registros y a diferentes niveles.
- **Exactitud:** es cuando que los datos pueden ser utilizados para análisis, generación de información estadística, monitoreo, evaluación, auditoría y otros. Permite comparar el dato con una fuente de referencia y con ella no se encuentran diferencias.
- **Precisión:** es cuando los procesos de integración (o consolidación) permiten constatar que los datos no se duplican.

VI. Formularios de registro

Formulario 1. Solicitud de Estudios Bacteriológicos de TB

Finalidad del formulario: Es el documento en el que se registran a todos los Sintomáticos Respiratorios (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR a ser examinado. .

En caso de control en el seguimiento de los casos de TB en tratamiento (Controles Bacteriológicos)**.**

Ubicación física y número de copias: Se encuentra físicamente a cargo del personal de salud del servicio. Existen 4 copias.

Responsable del llenado: Su llenado está a cargo del personal de salud del servicio.

Destino y periodicidad de envío: El original, el duplicado y triplicado debe ser remitido al laboratorio junto con las muestras extraídas del paciente. El cuadruplicado quedará en el servicio, para que con la información contenida en este, se pueda cargar en el sistema experto y en el libro de SR.

El laboratorio registrará los resultados en el original, duplicado y triplicado- el original y duplicado volverá al servicio, donde el personal de salud entrega al paciente el duplicado, con los resultados. El triplicado quedará para el laboratorio.

Libro de SR

Finalidad del formulario: Es el instrumento que se utiliza una vez registrado el SR o caso presuntivo de TB en el Formulario 1, también cuando alguno se niegue a realizarse el diagnóstico. El mismo no es de notificación.

Ubicación física y número de copias: Se encuentra físicamente en el servicio de salud, no tiene copias, es un libro.

Responsable del llenado: su llenado está a cargo del personal de salud que identifique un SR.

Destino y periodicidad de envío: el libro quedará en el servicio de salud, no es notificación.

Formulario 2. Ficha de Notificación y Seguimiento del Caso de TB

Finalidad del formulario: se registra cuando el Personal de Salud ingresa al caso de TB para el TDO (Tratamiento Directamente Observado) sea este diagnosticado en el servicio o trasladado (ingreso) Para traslado de ingreso no se notifica solo se utiliza para el seguimiento.

Para la Notificación del caso de Tuberculosis.

Ubicación física y número de copias: Se encuentra físicamente en el servicio de salud. Existen 3 copias

Responsable del llenado: su llenado está a cargo de salud que ingresa el caso de TB.

Destino y periodicidad de envío: el original se remite al PNT y el duplicado queda en el servicio. Se envía una sola vez, al notificar el caso de TB.

Formulario 3. Informe Mensual de Casos de TB y Control de Tratamiento

Finalidad del formulario: Se notifican todos los casos de TB en seguimiento, durante todo el ciclo de tratamiento, una vez que los mismos hayan sido reportados primeramente en el Formulario 2. Constan datos del paciente, así como sus controles y resultado de tratamiento. Es de notificación obligatoria.

Ubicación física y número de copias: Se encuentra físicamente en el servicio de salud que cuenta con casos de Tb en seguimiento. Existen 3 copias

Responsable del llenado: su llenado está a cargo del personal de salud que realiza el seguimiento al paciente.

Destino y periodicidad de envío: El original debe ser remitido al PNT. El duplicado queda en el servicio y el triplicado en la RS se envía de forma mensual, siempre y cuando se cuente con pacientes en seguimiento, hasta reportar el resultado de tratamiento de los mismos.

Formulario 4. Control de contactos y quimioprofilaxis

Finalidad del formulario: Sirve para registrar los contactos de pacientes con TB, contiene datos personales, presencia de cicatriz de BCG, resultados de baciloscopías, controles clínicos y radiológicos, factor de riesgo, quimioprofilaxis y nombre del caso índice.

Ubicación física y número de copias: Se encuentra físicamente a cargo del personal de salud. Existen 3 copias.

Responsable del llenado: Su llenado está a cargo del personal de salud que investiga los contactos de los casos de TB que se encuentran en seguimiento.

Destino y periodicidad de envío: El original debe ser remitido al PNT. El duplicado, quedará en la Región Sanitaria y el Triplicado en el servicio de salud

Formulario 5. Consolidado de Tuberculosis

Finalidad del formulario: Se utiliza para el registro de los datos del mes que se informa, por indicadores. Información acerca de los SR, casos de TB, cultivos, GeneXpert y contactos esperados, así como los identificados. Sirve para la consolidación de los

datos y se completa en cada uno de los niveles de atención, de acuerdo a su estructura. Es de notificación obligatoria mensual, se cuente o no con SR y/o casos de TB.

Ubicación física y número de copias: Se encuentra físicamente en el servicio de salud. Existen tres copias.

Responsable del llenado: Su llenado está a cargo del personal de salud que reporta los datos de TB.

Destino y periodicidad de envío: El nivel local: Se encargará de registrar los datos solicitados por indicadores, del mes que informa. El original debe ser remitido al Distrito, el duplicado y triplicado queda en el servicio.

El nivel distrital: El original debe ser remitido al PNT. El duplicado, quedará en la RS y el Triplicado quedará en el servicio de salud.

El nivel regional: El Original envía al Nivel Nacional acompañado del original de los Distritos. En la Región queda el duplicado de los Distritos y el de la Región**.**

Formulario 6.Registro de Laboratorio Bacteriológico

Finalidad del formulario: sirve para registrar los resultados de baciloscopía, cultivo, tipificación y PSD de las muestras analizadas en el laboratorio. Es llenado cuando el personal de laboratorio realice los estudios solicitados para el diagnóstico de TB y cuando el personal de laboratorio procese las muestras de los controles de tratamiento de los casos de TB.

Ubicación física y número de copias: Se encuentra físicamente a cargo del encargado local de TB

Responsable del llenado: el personal de laboratorio que procese las muestras.

Destino y periodicidad de envío: el original debe ser remitido al PNT, el duplicado queda en la RS y el triplicado en el laboratorio. Se informa mensualmente.

Carné del paciente

Finalidad del formulario: Es un documento que se completa para entregar al paciente para que pueda llevar el control de su tratamiento, contiene los datos del tratamiento Y el seguimiento del mismo. Cuando el personal de salud ingresa al paciente para el TDO sea éste diagnosticado en el servicio o traslado de ingreso.

Ubicación física y número de copias: Se encuentra físicamente con el paciente, una vez que el personal de salud haya completado los datos del tratamiento del paciente.

Responsable del llenado: Su llenado está a cargo del personal de salud que administra el tratamiento al paciente.

Destino y periodicidad de envío: Es entregado al paciente al inicio del tratamiento. El paciente debe traerlo cada vez que va a la unidad de salud por su tratamiento y control.

Libro de Seguimiento del Caso de TB

Finalidad del formulario: es un libro que permite el registro de todos los casos diagnosticados de TB y facilita su seguimiento hasta la finalización del tratamiento. Todos los pacientes con TB (todas las formas) deberán ser registrados en este libro. No es notificación.

Ubicación física y número de copias: este libro se encuentra en el servicio de salud. No tiene copias.

Responsable del llenado: Su llenado está a cargo del personal de salud.

Destino y periodicidad de envío: el libro queda en el servicio.

Hoja de referencia y contrarreferencia

Finalidad del formulario: Este formulario sirve para transferir un paciente diagnosticado y/o en tratamiento desde una unidad de salud hasta otra para iniciar o continuar tratamiento. El formulario contiene los datos del paciente, del diagnóstico y del esquema de tratamiento.

Ubicación física y número de copias: Éste formulario se encuentra a cargo del personal de salud**.** Existen 3 copias

Responsable del llenado: Su primera sección es llenada por el personal de salud de la unidad de origen, mientras que la segunda sección es llenada por la unidad receptora cuando el paciente se presenta al tratamiento.

Destino y periodicidad de envío: el duplicado queda en servicio, el original se entrega al paciente para que se presente en la unidad de salud donde receptora. El triplicado se envía al nivel regional de la unidad receptora con el fin de hacer seguimiento al caso. Cuando el paciente se presenta al tratamiento y se llena la segunda parte y es enviada a la unidad de origen.

Al finalizar el tratamiento la unidad receptora debe informar a la unidad de origen los resultados del tratamiento por vía telefónica.

Ficha de Seguimiento del caso de TB DR

Finalidad del formulario: Sirve para registrar a todos los casos de TB DR, en ella se completa los datos completos del tratamiento del paciente. Se registran los controles bacteriológicos, clínicos, RAFAS, cambios de dosificación y/o esquemas y administración diaria del tratamiento.

Ubicación física y número de copias: Éste formulario se encuentra a cargo del personal de salud que administra el tratamiento**.**

Responsable del llenado: Su llenado está a cargo del personal de salud que administra el tratamiento.

Destino y periodicidad de envío: la ficha queda en el servicio de salud.

VII. Estructura operativa del sistema de gestión de datos de tuberculosis, responsabilidades generales y funciones específicas por niveles

La estructura operativa del Sistema de Gestión de datos está constituida por los siguientes niveles:

1. **Nivel Local**
2. **Nivel Distrital**
3. **Nivel Regional**
4. **Nivel Nacional**

Responsabilidades Generales y Funciones Específicas por niveles

1. Nivel local

Primer nivel de Servicios de atención de pacientes. Primer Nivel de integración de datos.

Está constituido por servicios públicos y privados que atienden pacientes y por el laboratorio que generalmente se encuentra en el servicio público. Es importante señalar que en el nivel local el laboratorio público no siempre está presente. En el nivel local se pueden encontrar diferentes tipos de servicios, entre ellos; las USFs, los Puestos de Salud, los Dispensarios de Salud, los Centros de Salud públicos y los servicios privados de atención a la salud.

En este nivel de servicios, los datos de los pacientes se registran en los siguientes Formularios:

- **Formulario 1. Solicitud de Estudios Bacteriológicos de TB**:
- **Libro de SR: Formulario 2. Notificación y seguimiento del caso de TB:**
- **Libro de Seguimiento del Caso de TB:**
- **Formulario 3. Informe mensual de casos de TB:**
- **Formulario 4. Formulario de Control de Contacto y Quimioprofilaxis**

- **Formulario 5. Consolidado de TB:** El nivel local se encargará de registrar los datos del mes que informa por indicadores. Debe notificarse de forma mensual y obligatoria tenga o no casos de SR o Casos Presuntivos de TB, Casos de TB y Control de Contactos. Cuenta con tres copias: el original debe ser remitido al Nivel Distrital, el duplicado y el triplicado quedará en el servicio de salud.

Funciones específicas

Es la instancia involucrada directamente en los procesos de identificación de casos, registro de diagnósticos y casos de TB, implementación y control de tratamientos bajo la estrategia TAES, recopilación, integración, análisis de casos y los indicadores de TB; situación de contactos; difusión de la información sobre los resultados de las acciones operativas en Tuberculosis desplegadas en los servicios de salud a nivel comunitario.

a. Programar las acciones a ser efectuadas por la unidad para la identificación de sintomáticos respiratorios en el servicio y en la comunidad.

b. Realizar el registro e integración de datos e informaciones operativas de búsqueda activa de casos presuntivos en el servicio y la comunidad, solicitudes de diagnósticos, recepción y registros de los resultados, registros y seguimiento de casos de TB, resúmenes sobre tratamientos impartidos, y resultados de tratamiento de los mismos. Registro en el Sistema Experto.

c. Completar los Formularios adecuadamente, elaborar resúmenes y enviar los registros de casos identificados, diagnosticados, tratados, evaluados, condición de ingreso y resultado de tratamiento: altas del sistema por curación, pérdida en el seguimiento (abandono), traslado, muerte y otro evento considerado como salida del sistema.

d. Cumplir con el calendario de presentación de informes certificados y firmados por el responsable de la unidad, y según normas de calidad y seguridad de registro de datos.

e. Analizar mensualmente, el cumplimiento de su programación.

f. Registrar y hacer el seguimiento de los traslados efectuados y recibidos, informando al remitente la captura y registro del caso de TB.

g. Implementación de reuniones de autoevaluación conjuntas con el nivel distrital para el seguimiento del cumplimiento de las metas programáticas y la evaluación de resultados de los indicadores de la Programación Anual de TB.

Laboratorio del nivel local

Facilita a los servicios de salud la obtención de diagnósticos confiables y oportunos de Tuberculosis en los pacientes sospechosos de TB y el nivel de éxito de los tratamientos impartidos.

Funciones de los Laboratorios Locales

a. Registrar los datos del paciente y resultados de las baciloscopías en los formularios: 1, 6 y en el Sistema Experto. Remitirlos a las instancias correspondientes suficientemente certificados y firmados por los responsables.

b. Remitir láminas procesadas para control de calidad, en coordinación con el Laboratorio Central según normas.

2. Nivel Distrital

Segundo y Tercer Nivel de Servicios de atención a pacientes y Segundo Nivel de Integración de Datos.

Está constituido por servicios públicos de atención a pacientes y de integración de datos y por servicios privados que atienden pacientes. En este nivel el laboratorio de Tuberculosis generalmente se encuentra en el servicio público. Entre los servicios públicos a nivel distrital se pueden encontrar, Centros de Salud, Hospitales Distritales, Hospitales Especializados, Hospitales Privados y Hospitales Regionales.

En este nivel de servicio, los datos de los pacientes se registran en los siguientes Formularios:

- Formulario 1. Solicitud de Estudios Bacteriológicos de TB
- Libro de SR
- Formulario 2. Notificación y seguimiento del caso de TB
- Libro de Seguimiento del Caso de TB: El Nivel Distrital debe tener el registro y seguimiento de todos los casos de TB del Distrito, esto lo hará con ayuda del Formulario 2 y 3.
- Formulario 3. Informe mensual de casos de TB
- Formulario 4. Formulario de Control de Contacto y Quimioprofilaxis
- Formulario 5. Consolidado de TB: El nivel Distrital se encargará de registrar los datos solicitados por indicadores, del mes que informa. Debe notificarse de forma mensual y obligatoria tenga o no casos de SR o Casos Presuntivos de TB, Casos de TB y Control de Contactos. Deberá consolidar los datos de los servicios de salud correspondiente al Distrito, esto se realizara según instructivo de Formulario 5.

Cuenta con tres copias: el original y duplicado debe ser remitido al Nivel Regional. El triplicado quedará en el servicio de salud distrital. La consolidación a este distrital, le permitirá realizar un primer análisis sobre los resultados de los trabajos de ese territorio y tomar las decisiones necesarias en caso de no cumplir con las metas.

Funciones específicas

En cuanto a la atención a pacientes:

Cuando el servicio de nivel distrital atiende a pacientes, este tiene las mismas funciones indicadas para el servicio de salud del nivel local, mencionados en el punto anterior, además de las funciones relacionadas al reporte de datos de los casos diagnosticados en ese servicio y la consolidación de datos de los diferentes servicios que se encuentran a su cargo en el Formulario 5.

En cuanto a la consolidación de datos:

El servicio designado en cada distrito como la unidad responsable de la Integración de datos, es la que realiza la recopilación, el análisis y la difusión sistemática y activa de toda la información generada a nivel distrital sobre la gestión del Programa Distrital de TB, con la finalidad de presentar los inconvenientes que se presenten al nivel regional y orientar las acciones a los servicios de salud pertenecientes al nivel local.

Funciones relacionadas a la consolidación de datos

a. Registrar e integrar datos e informaciones operativas de búsqueda activa de casos sospechosos, oportunidad de los diagnósticos, registros y seguimiento de casos de TB, tratamientos. Registro y validación en el Sistema Experto.

b. Verificar el cumplimiento del flujo correcto de reporte de datos del PNCT. desde las redes locales de control de TB, que permite el control de calendarios de presentación de informes, calidad de la información suministrada y confiabilidad de los datos recibidos.

c. Elaborar resúmenes estadísticos sobre la gestión del PNCT, supervisión y control programático a nivel de los servicios locales.

d. Elaborar resúmenes y enviar registros de casos identificados, diagnosticados, tratados, evaluados, así como altas del sistema por curación, pérdida de seguimiento, traslado, fallecimiento y otro evento.

e. Realizar el análisis de casos y seguimiento de casos particulares de pacientes con TB DR y otras comorbilidades.

f. Realizar reuniones de evaluación con el nivel regional el seguimiento al nivel de cumplimiento de las metas programáticas y la evaluación de resultados de los indicadores de la Programación Anual de TB.

Laboratorio del nivel distrital

Facilita en los servicios de salud la obtención de diagnósticos confiables y oportunos de tuberculosis en los pacientes sospechosos de TB y el nivel de éxito de los tratamientos impartidos.

Funciones de los Laboratorios Distritales

a. Registrar los datos relacionados al resultado y las observaciones en los Formulario s correspondientes y Sistema Experto.

b. Realizar un análisis mensual y anual de los indicadores y enviar al nivel regional.

c. Remitir láminas procesadas para control de calidad, en coordinación con el Laboratorio Central según normas.

d. Planificar y gestionar los pedidos de insumos al nivel regional.

3. Nivel Regional

Tercer Nivel de Integración de Datos.

Está constituido por la Coordinación Regional de TB, responsable de integrar los datos de todos los distritos que se encuentran en su territorio.

Se registra datos en el siguiente Formulario:

- **Formulario 5 Consolidado de TB**: utilizado en la Coordinación Regional de TB que tiene la responsabilidad de integrar los datos de los consolidados de los distritos correspondientes a su territorio de forma mensual y obligatoria. La consolidación a este nivel, le permitirá a la coordinación regional realizar un primer análisis sobre los resultados de los trabajos de la RS y tomar las decisiones necesarias en caso de no cumplir con las metas.

- **Libro de Seguimiento**: se registrarán, los datos de todos los casos de TB de la región sanitaria y el seguimiento de los mismos. No es de notificación. Debe mantenerse actualizado. Para dicho seguimiento deberá revisar el llenado correcto de los registros.

Funciones específicas

Facilitar la recopilación, el análisis, la difusión sistemática y activa de toda la información generada a nivel regional sobre la gestión del PNT, con la finalidad de orientar las acciones de los niveles distritales y realizar recomendaciones al nivel central. Para el efecto a este nivel se cuenta con la UER que cumple las funciones relacionadas a la gestión de datos para todos los servicios de las RS.

a. Registrar y certificar los datos de TB generados en los servicios de salud tanto de los Formularios como en el Sistema Experto.

b. Elaborar informes estadísticos sobre la gestión de los servicios locales y distritales en cada región sanitaria y control programático a nivel distrital.

c. Recibir, revisar y solicitar correcciones de los informes mensuales remitidos por los servicios de salud así como la totalidad de los mismos.

d. Realizar el seguimiento del POA y el nivel de cumplimiento de las metas programáticas y la evaluación de resultados de los indicadores en base a la Programación anual de TB por unidades de servicios de salud local y distrital bajo la supervisión de la Región Sanitaria.

e. Dar seguimiento a los indicadores de resultados sobre metas anuales y realizar el análisis FODA de la región sanitaria, para determinar los factores que limitan la calidad de los servicios necesarios para poblaciones de riesgo de TB.

f. Verificar y dar seguimiento del flujo correcto de la información, que permita el control del cumplimiento del calendario de presentación de informes, de la calidad de la información suministrada y la confiabilidad de los datos recibidos.

g. Seguimiento y envío de pendientes de CTV y controles de tratamiento.

h. Dar seguimiento y realizar el control de traslados, perdidas del seguimiento, paciente previamente tratados y otros, mediante la revisión y confirmación de los casos a nivel distrital.

i. Implementar reuniones de evaluaciones conjuntas con el nivel local, distrital central y comunitario que incluyan aspectos sobre la calidad del dato.

Laboratorio del nivel regional

Facilita el acceso a los diagnósticos bacteriológicos confiables y oportunos de tuberculosis en los pacientes presuntivos de TB y el nivel de éxito de los tratamientos impartidos.

Funciones de los Laboratorios Regionales

a. Registrar resultados en los Formularios correspondientes y en el Sistema Experto.

b. Validar datos del cargado en el Sistema Experto de los laboratorios que conforman la Red.

c. Supervisar y elaborar informes sobre la gestión de los laboratorios de TB que integran la Red regional

d. Planificar, informar y gestionar los pedidos de insumos al nivel central.

e. Consolidar la información estadística de acuerdo a los indicadores solicitados por el nivel central del PNT y realizar el análisis mensual y anual de los indicadores.

4. Nivel Nacional

Cuarto y último nivel de integración de datos.

Este nivel está constituido por el PNT que tiene las funciones de recibir, verificar, aprobar, ajustar y consolidar los datos de TB recibidos de todas las RS del país, los que son integrados en una base de datos nacional a partir de la cual se generan informaciones sobre la situación de la TB en los diferentes niveles de atención en salud. En base a dichas informaciones realiza el seguimiento de los resultados en los diferentes niveles de gestión de salud y plantea recomendaciones y estrategias de mejora. Las informaciones generadas a este nivel, son remitidas a la DIVET, DGVS y a otros organismos internacionales.

Las informaciones generadas a este nivel, son además de utilidad para realizar el monitoreo y evaluación de los resultados por servicio, por distritos, por RS y a Nivel Nacional, con los cuales el MSPBS puede tomar decisiones y definir estrategias de mejoras en caso de necesidad.

Funciones específicas

a. Elaboración del POA y seguimiento del cumplimiento del mismo.

b. Recepcionar las notificaciones de la UER/Coordinación Regional de TB, verificando la calidad de los datos registrados.

c. Analizar los datos recepcionados, elaborar informes y difundirlos.

d. Retroalimentar a los niveles regionales que notifican, y a los establecimientos en donde las UER/Coordinación Regional de TB, no se encuentren en función, especialmente a los equipos de salud y laboratorios.

e. Informar a las autoridades correspondientes.

f. Monitoreo y evaluación de las regiones sanitarias según indicadores.

g. Realizar el seguimiento y validar datos ingresados al Sistema Experto por parte de las Regiones Sanitarias.

Elaborar normativas, instrumentos e indicadores de la Vigilancia de Tuberculosis y Control de Datos y difundirlas a través del Nivel Regional.

Laboratorio del Nivel Central

Laboratorio Central de Salud Pública

Funciones del Laboratorio Central de Salud Pública

a. Planificar y coordinar las actividades a Nivel Nacional de las Redes de Laboratorio.

b. Asegurar el acceso al diagnóstico y seguimiento por estudios bacteriológicos confiables y registrar los datos relacionados al resultado y observaciones.

c. Registrar resultados en los Formulario s correspondientes y en el Sistema Experto.

d. Monitorear los datos del cargado en el Sistema Experto de los laboratorios que conforman la Red Nacional.

e. Supervisar y elaborar informes sobre la gestión de los laboratorios de TB que integran la Red Nacional.

f. Consolidar la información estadística de acuerdo a los indicadores solicitados por el nivel central del PNT y realizar el análisis mensual y anual de los indicadores.

g. Apoyar al PNT en la Vigilancia Epidemiológica de la TB.

Dirección General de Vigilancia de la Salud - DGVS

La oficina central de la DGVS, a través de la DIVET, son responsables últimos de la estructura y funcionalidad de la vigilancia, junto con el PNT, que asume la rectoría en el tema específico de Tuberculosis. Este nivel es el encargado de elaborar las normativas y supervisar su aplicación, de capacitar en forma continua y permanente, realizar seguimiento de la información adquirida desde el nivel local y regional, monitorear y evaluar las actividades desarrolladas por los niveles local y regional.

Funciones de la Dirección General de Vigilancia de la Salud - DGVS. Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles (DIVET).

a. Recepcionar las notificaciones del PNT, verificando la calidad de los datos registrados;

b. Analizar los datos recepcionados, elaborar informes y revisarlos en conjunto con los datos del PNT.

c. Difundir el análisis integrado a las autoridades correspondientes.

d. Retroalimentar a los niveles regionales que notifican, especialmente a los equipos de salud y Laboratorios.

e. Supervisar las UER en forma conjunta con el PNT en referencia a la vigilancia de la Tuberculosis y la Co-infección TB/VIH.

f. Apoyar a elaborar las normativas, instrumentos e indicadores en forma coordinada con el PNT.

g. Apoyar las necesidades de desarrollo de la investigación operativa en base a la información de la notificación.

VIII. Procesos del sistema de gestión de datos de tuberculosis

Los procesos que alimentan al Sistema de Gestión de Datos en TB hasta llegar al PNT son:

Proceso de Planeamiento

Es el proceso mediante el cual se generan datos que permiten estimar programación de las metas de PNT, utilizando la incidencia de TB a nivel nacional y según las regiones (oriental y occidental) en relación a la población asignada y/o número de consultas de mayores de 15 años y más (nuevos más readmitidos) a cada nivel de atención: local, distrital y regional, basados en los indicadores del PNT.

Una vez calculada la programación de las metas para el año, se estratifican las poblaciones según el riesgo para adquirir la TB, tanto en población general como vulnerable, donde se realizarán las acciones pertinentes de todos los niveles de atención tanto pública como privada para el logro de las metas programadas.

Esta programación realiza cada región sanitaria a principios de año, para los niveles de atención tanto pública como privada que se encuentren en su jurisdicción, con el apoyo y colaboración del PNT.

Las estimaciones de casos de TB por el nivel regional en forma anual generarán información de la gestión del PCT, que será fundamental para definir las prioridades de búsqueda, localización, diagnóstico y tratamiento de los casos en los Servicio de Salud Local y conducirá a investigaciones en el campo de la salud y las ciencias sociales, respectivamente.

Los datos generados en esta etapa se registran en el documento denominado:

Nombre	Código
Programación anual de TB de los principales indicadores por servicio y por región sanitaria	No posee

Procesos operativos de generación de datos, introducen una gran cantidad de datos nominales, cuantitativos y cualitativos en forma estandarizada en los Formularios establecidos para el efecto. Este proceso nutre al sistema de información con datos sobre los resultados obtenidos mediante la búsqueda activa de casos presuntivos de TB, diagnósticos, identificación nominal de casos de TB, su condición de

ingreso al tratamiento (casos nuevos o previamente tratados) y contactos directos, tratamientos impartidos conforme a la estrategia TAES, pérdidas en el seguimiento, traslados, pacientes no evaluados, fallecimientos, drogo-resistencias a determinados medicamentos, y otras informaciones que recaban y retroalimentan la respuesta nacional en la cadena de los servicios de salud públicos y privados.

Cuando se recolecta los datos en el nivel local de Salud, estas deben ser analizadas y almacenadas a nivel local, los registros de notificación obligatoria según las normas del PNT serán enviadas siguiendo el flujograma de la información.

En el nivel distrital, regional también se generará información tanto de los recibidos del nivel inmediato a cargo así como los de notificación obligatoria.

Todos los registros deben estar almacenados en cada nivel según corresponda, para que las mismas sean analizadas y a su vez auditables por el personal de salud así como a disposición de los usuarios.

Los datos para la toma de decisiones en los servicios de nivel local se registran en los siguientes Formularios:

Nombre	Formulario Nº
Solicitud de Estudios Bacteriológicos.	1
Libro de SR	No aplica
Carnet de Paciente TB	No aplica
Libro de seguimiento de Casos de TB	No aplica
Hoja de referencia y contra-referencia	No aplica
Ficha de seguimiento de TB DR	No aplica

Los cinco Formularios mencionados en el cuadro anterior son utilizados por los servicios de salud público sea a nivel local, distrital y regional que atiende directamente a los pacientes.

Los datos de notificación obligatoria se registran en los siguientes documentos:

Nombre	Formulario Nº
Ficha de Notificación y Seguimiento del Caso de TB	2
Libro Diario de Registro de Laboratorio Bacteriológico	6
Informe Mensual de Casos de TB.	3
Formulario de Control de Contactos de TB y Quimioprofilaxis.	4
Planilla Semanal de Notificación Obligatoria	No aplica

Para facilitar el control de tratamiento a los pacientes de TB, existe un documento denominado:

Nombre	Formulario Nº
Carnet de Paciente TB	No Aplica

El carnet del paciente es utilizado por el servicio para realizar el seguimiento al tratamiento del paciente. No se utiliza para reportar datos, sirve para realizar el control de la calidad del tratamiento.

8.3 Proceso de monitoreo y evaluación, mediante el cual se obtiene información sobre el comportamiento de variables e indicadores, además datos cualitativos y cuantitativos sobre los resultados de impacto de las acciones del programa en sus diversos niveles.

Los datos se obtienen de los documentos que contienen información consolidada integrada en cada nivel de ejecución:

Nombre	Formulario Nº
Informe Consolidado TB	5

IX. Flujo de la información

Como fue mencionado previamente la generación del dato se da en el nivel local (establecimientos asistenciales, laboratorios), los cuales corresponden al punto de inicio para el flujo de la información.

Una vez que el nivel local ha llenado los formularios del sistema, estos son enviados al nivel distrital de ahí al nivel regional, el cual revisa la calidad de los registros recibidos (llenado completo, correcto y a tiempo de los formularios) además de consolidar los datos, en caso de encontrarse problemas (formularios incompletos, incorrectamente llenados o entregados fuera de los tiempos esperados) se comunica, por vía telefónica, con la unidad correspondiente para completar/corregir el formulario.

Del nivel distrital, se envían los formularios, al nivel regional que se encarga de recopilar, analizar y difundir sistemática y activamente toda la información *generada a nivel regional sobre la gestión del PNT, con la finalidad de orientar las acciones de los niveles distritales y realizar recomendaciones al nivel central. Para el efecto a este nivel se cuenta con la UER que cumple las funciones relacionadas a la gestión de datos para todos los servicios de las RS.* Los ajustes y/o correcciones se realizan con tinta de diferente color y el encargado debe colocar sus iniciales y la fecha correspondiente como constancia del ajuste realizado.

En el caso de formularios entregados fuera de lo tiempo esperado, el nivel regional se comunicará con la unidad correspondiente para averiguar las razones del retraso y tomar acciones correspondientes (acorde al grado de retraso y/o la reiteración en el retraso de entrega de los formularios).

Una vez que se ha verificado la calidad del dato de los formularios, se procede a la consolidación en los formularios correspondientes, de los cuales una copia queda en la unidad regional y otra copia es enviada al nivel central. Posteriormente el nivel regional procede al procesamiento de los datos y análisis de la información acorde a lo indicado en el presente manual.

La unidad de M&E del nivel central recibe la información procedente del nivel regional y verifica la calidad de los registros recibidos (llenado completo, correcto y a tiempo de los formularios) tiene las funciones de recibir, verificar, aprobar, ajustar y consolidar los datos de TB recibidos de todas las Regiones Sanitarias del país, los que son integrados en una base de datos nacional a partir de la cual se generan informaciones sobre la situación de la Tuberculosis en los diferentes niveles de atención en salud. En base a dichas informaciones realiza el seguimiento de los resultados en los diferentes niveles de gestión de salud y plantea recomendaciones y estrategias de mejora. Las informaciones generadas a este nivel, son remitidas a la DIVET, DGVS y a otros organismos internacionales.

En caso de encontrarse problemas (formularios incompletos, incorrectamente llenados) el nivel central se comunica, por vía telefónica, con la unidad regional correspondiente para completar/corregir el formulario. Esto se realiza con tinta de diferente color y el encargado debe colocar sus iniciales y la fecha correspondiente como constancia del ajuste realizado.

En el caso de formularios entregados fuera del tiempo esperado el nivel central se comunicará con la unidad regional correspondiente para averiguar las razones del retraso y tomar acciones correspondientes (acorde al grado de retraso y/o la reiteración en el retraso). Para no detener el proceso hasta que el reporte correspondiente llegue, el nivel central procesa las copias enviadas de los niveles locales correspondientes (previa revisión de la calidad del dato).

Una vez que el reporte regional retrasado llegue se procederá a hacer el cruce con el reporte preparado al nivel central y en caso de discrepancias se corregirá el reporte y se procederá al archivo del mismo, señalando claramente cuál es el reporte original enviado por el nivel regional y cual el reporte preparado en el nivel central.

Una vez que se ha verificado la calidad del dato de los formularios, la persona encargada del sistema de información procede a la consolidación del dato en la base de datos del PNT. Al finalizar la persona encargada del M&E realizará una revisión de la calidad de la digitación y de posibles errores de transcripción. En caso de encontrar discrepancias las apuntará para revisarlas con la persona encargada del sistema de información, corrigiéndolas en caso necesario.

Posteriormente la persona encargada del sistema de información realizará una copia de seguridad de la base de datos en un dispositivo externo. Adicionalmente se realizarán copias de seguridad de la base de datos en un dispositivo externo una vez cada semana o cada vez que la base de datos sea actualizada.

A continuación el nivel nacional procede al procesamiento de los datos y análisis de la información acorde a lo indicado en el presente manual.

X. Verificación de los datos

Implica una revisión y comparación cuantitativa de los datos reportados, en términos de oportunidad, disponibilidad e información completa, para lo cual se realiza un cruce de lo reportado por los servicios de salud evaluados con otras fuentes (como reportes de laboratorio, inventarios de farmacia, etc.), verificando si los datos han sido correctamente reportados y agregados.

Este componente se aplica en los 3 niveles del sistema. En el nivel local y distrital el control tiene 3 momentos:

- Revisión de las fuentes primarias (revisión de la disponibilidad y exactitud de los datos en la fuente primaria)
- Verificación de los datos reportados (reconteo de los datos reportados y revisión de la agregación del dato)
- Cruce de los datos reportados con otras fuentes (verificar los totales reportados con otras fuentes disponibles como reportes de laboratorio o farmacia)

En los niveles regional y central el control se realiza en 2 momentos:

- Revisión de los reportes del nivel local (verificación de que los reportes del nivel local se encuentran completos, disponibles y han sido presentados oportunamente al nivel regional y central)
- Verificación de los datos reportados (reconteo de los datos reportados y revisión de la agregación del dato)

En el nivel central, la verificación y cruce de la información, se realiza de la siguiente forma:

- Para verificar la captación de SR reportados por el nivel regional, se toma el Formulario 5 (Consolidado de TB) de la RS y se cruzan los datos con los Formularios 5 reportados por los distritos. Los mismos contienen la información acerca de los SR identificados y examinados por mes, de acuerdo a lo esperado, de cada uno de los servicios del distrito que reporta., la información del registro de los sintomáticos. Si la verificación se hace en el nivel local, se encuentran los datos de los SR en el Formulario 1 (Solicitud de Estudios Bacteriológicos) respiratorios.
- El ingreso de los casos de TB, sean estos bacteriológicamente confirmados o clínicamente diagnosticados, se encuentra en el Formulario 2 (Notificación de casos de TB), donde se notifica al nivel central. El diagnóstico, en el caso de los bacteriológicamente confirmados, se cruza con el Formulario 6 (Registro de Laboratorio) donde son registrados los resultados, en este mismo formulario

(Registro de Laboratorio) se verifican también los controles bacteriológicos reportados en el Formulario 3 (informe Mensual de casos)

- De acuerdo al número de casos registrados en Formulario 2 (Notificación de casos) y el 3 (Informe mensual de casos) se verifica el estudio de contactos en libro de registro, Formulario 4 (Control de Contactos y Quimioprofilaxis) para confirmar si han completado su estudio y cuántos de ellos han resultado SR o casos de TB.
- Se verifica en el mismo formulario, cuántos contactos están bajo quimioprofilaxis de entre los menores de 5 años e inmunodeprimidos a los que se les ha descartado TB e iniciado quimioprofilaxis, de acuerdo a las normas nacionales.
- Para verificar la adherencia del tratamiento y seguimiento bacteriológico se cruza la información del Formulario 3 (Informe Mensual) donde mensualmente se reporta el seguimiento del tratamiento, los controles bacteriológicos y resultados de tratamiento y el reverso del Formulario 2 (Notificación de Casos de TB)
- Así mismo, en el reverso del Formulario 2 se verifica la dosis, número de comprimidos, el peso, o RAFAS que pueda presentar el paciente durante su tratamiento.
- Para verificar los casos que han sido trasladados, se encuentra la información en el Formulario 3 (Informe Mensual de casos), en la columna Resultado de tratamiento. El paciente que será trasladado, lleva consigo la Hoja de Referencia y Contrarreferencia, preparado por el servicio de origen.

Asimismo, el monitoreo de los indicadores del programa, relacionados con el comportamiento de la tuberculosis a nivel de país dan las pautas y estrategias necesarias para lograr las metas según las poblaciones objetivos de plan.

Las encuestas periódicas y sistemáticas en los servicios de salud y el monitoreo por los técnicos del programa dentro de su plan operativo anual, proveerán la información sobre la calidad de atención prestada a los pacientes con tuberculosis en los establecimientos de salud.

XI. Glosario

Carné: Documento que se expide a favor de una persona, con sus datos personales y que la faculta para recibir cierto beneficio.

Datos: Son números que representan las modalidades de las variables.

Evaluación: Es la comparación de los objetivos con los resultados y la descripción de cómo dichos objetivos fueron alcanzados. Una evaluación nos indica qué está funcionando y qué no, qué debemos mantener y qué debemos cambiar. Las evaluaciones constituyen una herramienta para tomar decisiones, pero ellas por sí solas no toman decisiones ni hacen los cambios.

Ficha: Papel, generalmente rectangular y de pequeño tamaño, en que se anotan datos generales.

Formulario: Libro o escrito en que se contienen fórmulas que se han de observar para la petición, expedición o ejecución de algo.

Información: conjunto de datos.

Instrumento: Escritura, papel o documento con que se justifica o prueba algo.

Monitoreo: evalúa la operativización de actividades de manera continuada. Para un monitoreo efectivo se requiere identificar actividades esenciales y realizar un juicio continuo de las mismas. El monitoreo depende de los sistemas de información y de la observación para evaluar las actividades, constituyendo un procedimiento clave para apoyar el logro de objetivos y metas.

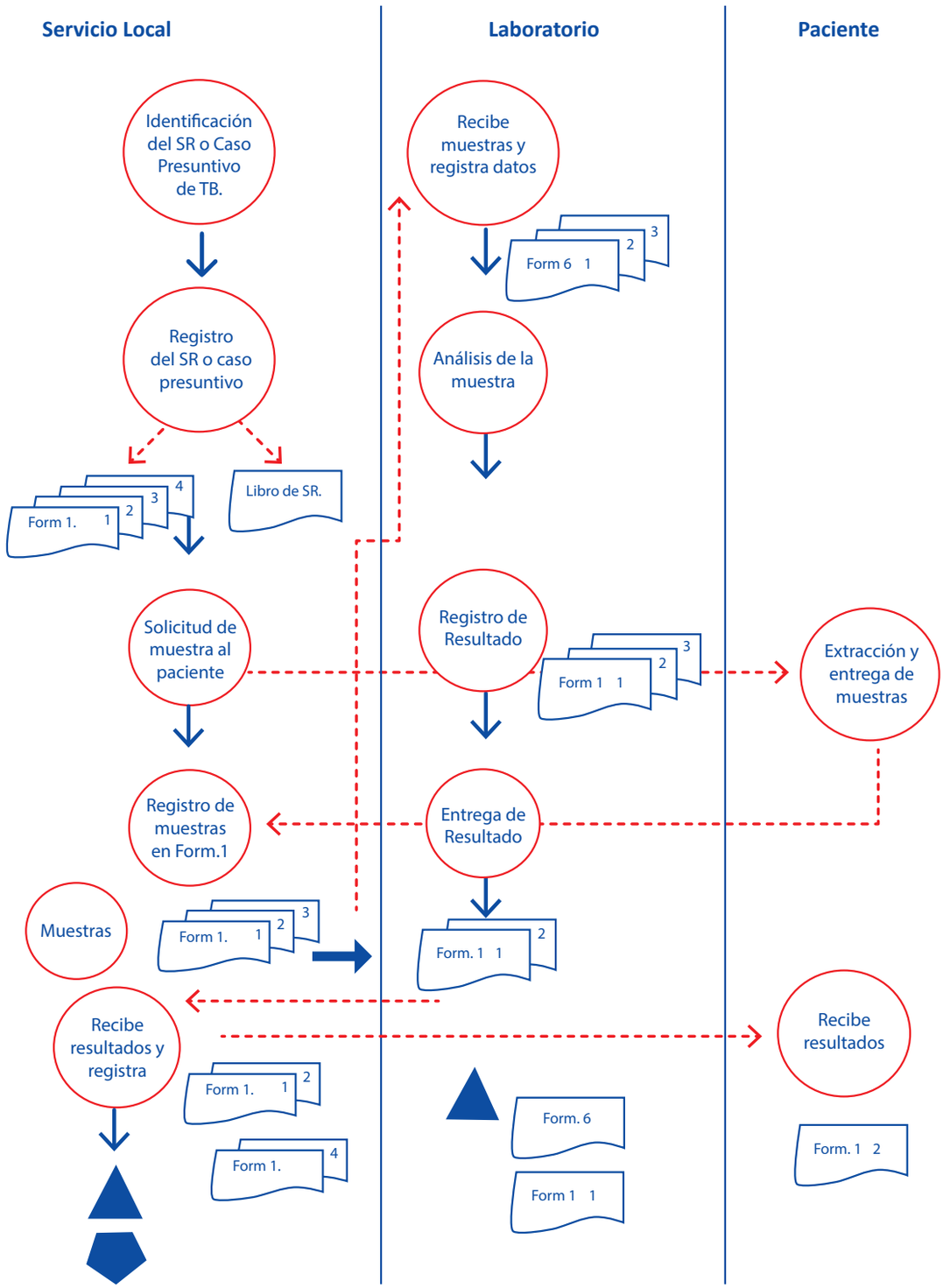
Supervisión: La Supervisión evalúa los logros del personal que intervienen en los procesos y la calidad de su trabajo. Determina si el desempeño de cada uno de los miembros del personal concuerda con su descripción de trabajo, identifica las necesidades de capacitación del personal, con el fin de mejorar su desempeño.

Vigilancia: es la observación prestada a un evento (potencialmente riesgoso o peligroso) con el fin de controlar su evolución y tomar acciones. En el caso de la vigilancia epidemiológica el evento observado corresponde a un evento de importancia en salud pública.

PARTE 2
Mapas de procesos, formularios de registro e instructivos

1. Diagrama del Circuito de Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis. Formulario 1

Diagrama de Bloque	
Proceso	Registro y Control de Calidad de Datos de TB
Circuito	Identificación, registro, notificación y solicitud de laboratorio
Sectores que intervienen: servicios de salud en sus diferentes niveles, laboratorios, pacientes.	**Documentos:** Formulario 1 Solicitud de Estudios Bacteriológicos, Libro de SR, Formulario 6 (Registro de Laboratorio Bacteriológico)



Referencias

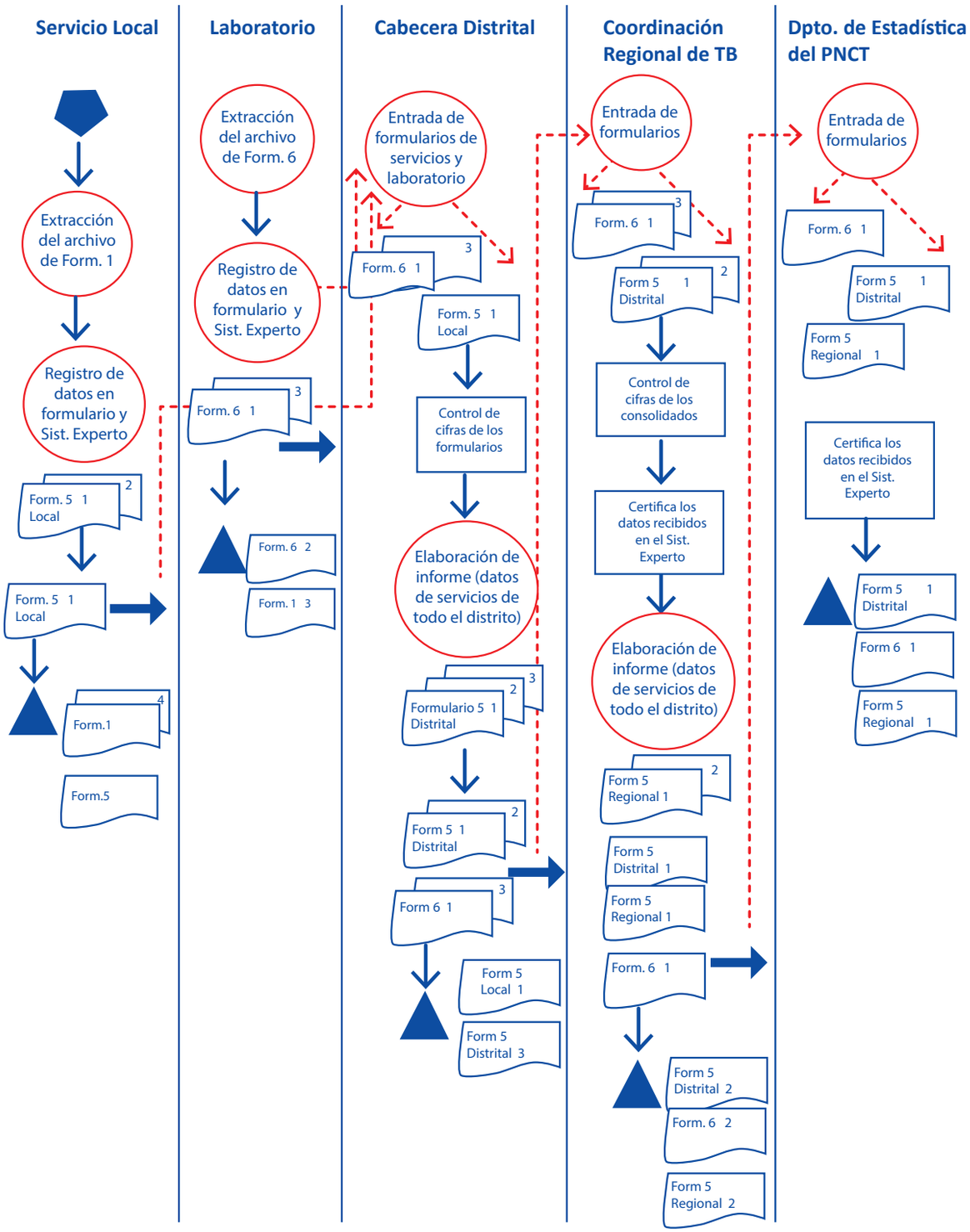
- Operación-proceso
- Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado, 4 cuadruplicado)
- Opción múltiple: permite dos alternativas
- Archivo de documentos
- Conector de página

Descripción del Procedimiento del Circuito de Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis. Formulario1

1. Identificación del SR o Caso Presuntivo de TB.
2. Registro del SR o Caso Presuntivo de TB en dos formatos: a) en el Formulario1 (en cuatro copias); b) en el Libro de SR.
3. Solicitud de tres muestras al paciente. El paciente extrae sus muestras de esputo u otro material y entrega al servicio.
4. Se registran las muestras en Formulario 1.
5. Remite al laboratorio: muestras y Formulario 1 (original, duplicado y el triplicado). El cuadruplicado queda en el servicio.
6. El laboratorio recibe muestras y Formulario 1, realiza los análisis.
7. Registra en Formulario 1 en el original y duplicado (sección de resultados), y en el Formulario 6.
8. Entrega resultados al servicio, en Formulario1 (original y duplicado)
9. Se entrega resultado al paciente (El resultado del Formulario 1 duplicado).
10. El Servicio archiva Formulario 1 original y el cuadruplicado
11. El laboratorio archiva el triplicado del Formulario 1
12. El formulario 6, archiva el duplicado a nivel local, el original envía a nivel central y el triplicado a la región sanitaria.

2. Diagrama del Circuito de Información de SR o Casos Presuntivos de TB

Diagrama de Bloque	
Proceso:	Registro y Control de Calidad de datos de TB
Circuito:	Información de SR del nivel local al PNCT
Sectores que intervienen: servicios de salud en sus diferentes niveles, Laboratorio, Cabecera Distrital, Coordinación Regional de TB, Dpto. de Estadística del PNCT	**Documentos:** Formulario 1 Solicitud de Estudios Bacteriológicos, Formulario 6 Registro de Laboratorio Bacteriológico, Formulario 5 Consolidado



Referencias

- Operación-proceso
- Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado, 4 cuadruplicado)
- Archivo de documentos
- Conector de página
- Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento Circuito de Información de SR o Casos Presuntivos de TB

Servicio Local

1. El servicio local, extrae del archivo Formulario 1 (original).
2. Registra los datos en Formulario 5 (local), que consta de 2 copias.
3. Lleva Formulario 1 Original (para que se encargue el mismo servicio de salud de su cargado en el sistema experto de TB).
4. El original del Formulario 5 envía a la cabecera distrital y el duplicado archiva en el servicio local.
5. Archiva Formulario 1 original, cuadruplicado y Formulario 5 duplicado.

Laboratorio

6. El laboratorio extrae de su archivo el Formulario 6. Registra en el Sistema Experto de TB.
7. Remite a la cabecera distrital el Formulario 6 (original y triplicado).
8. Archiva el Formulario 6 duplicado y Formulario 1 triplicado.

Cabecera Distrital

9. La cabecera distrital recibe Formulario 5 local (original) y Formulario 6 (original y triplicado).
10. En el distrito, el encargado del servicio local, además de llevar sus informes, se encargará de cargar en el Sistema Experto, sus datos de Formulario1.
11. Controla las cifras de Formulario 5 y Formulario 6.
12. Elaboración de Formulario 5 distrital (con los datos de cada servicio del distrito, contenidos en el Formulario 5 de cada uno) en tres copias.
13. Remisión al nivel regional de Formulario 5 distrital (original y duplicado), Formulario 6 (original y duplicado)

14. Queda archivado: Formulario 5 servicio local (original) Formulario 5 distrital (triplicado).

Coordinación de TB Regional

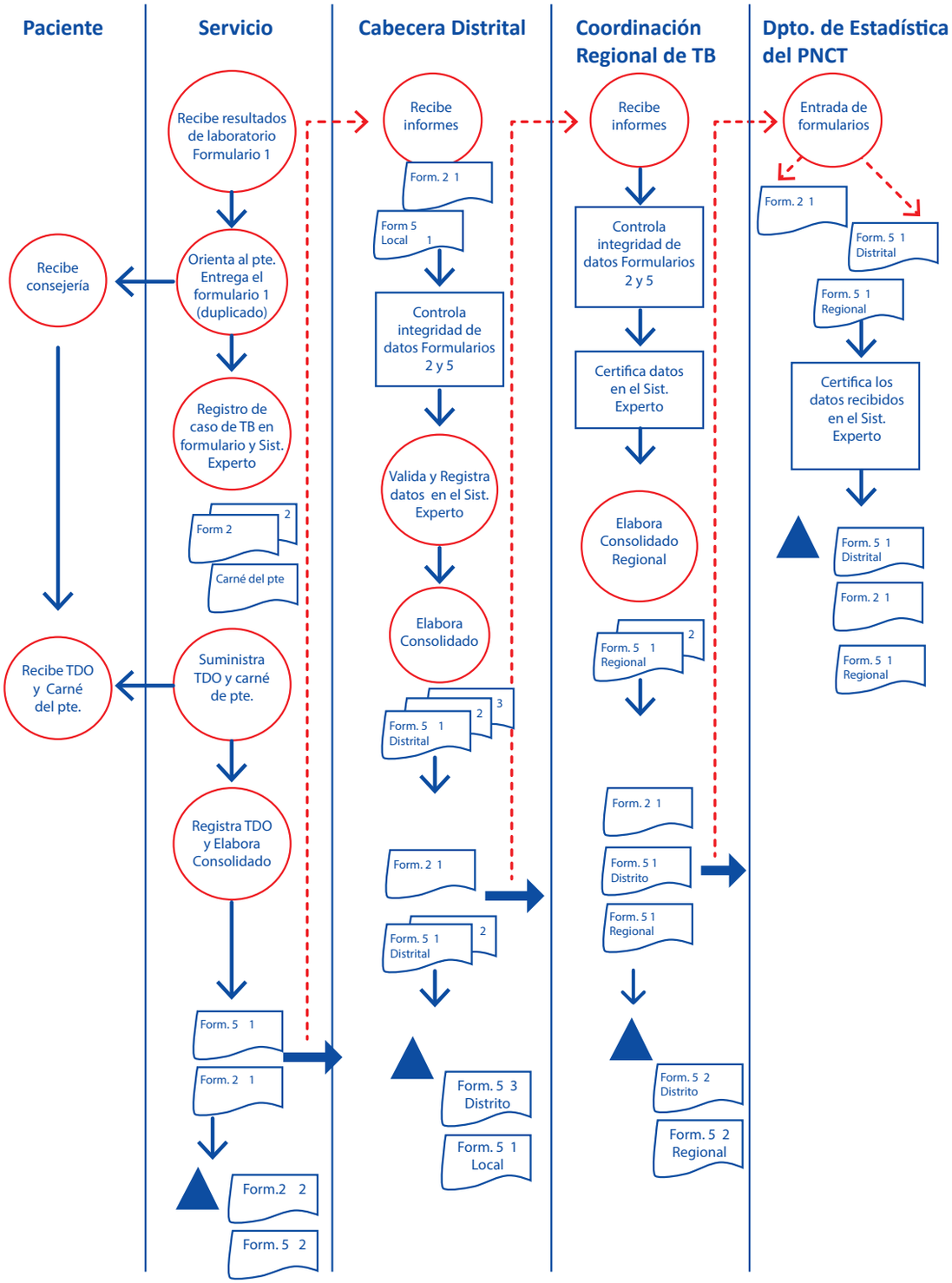
15. Recibe Formulario 6 (original y triplicado) y Formulario 5 distrital (original y duplicado) de todos sus distritos.
16. Controla cifras de los consolidados.
17. Certifica los datos recibidos en el Sistema Experto.
18. Elabora informe regional Formulario 5.
19. Remite al Dpto. de Estadísticas del PNCT: Formulario 5 distrital (de todos sus distritos) y Formulario 5 regional. En ambos casos, se envían los originales.
20. Archiva el Formulario 5 regional y distrital, en ambos los duplicados; y Formulario 6 (triplicado)

Departamento de Estadística del PNCT

21. Entrada de Formularios: Formulario 6, Formulario 5 regional, Formulario 5 distrital
22. Certifica y analiza los datos. Certifica con el Sistema Experto.
23. Archiva formularios: Formulario 6, Formulario 5 regional, Formulario 5 distrital.

3. Diagrama del Circuito de Información (Registro y Notificación) de Casos de TB Sensible

Diagrama de Bloque	
Proceso:	Registro y Control de Calidad de datos de TB
Circuito:	Registro y Notificación de Casos de TB
Sectores que intervienen: pacientes, servicios de salud en sus diferentes niveles, Cabecera Distrital, Coordinación Regional de TB, Dpto. de Estadística del PNCT	**Documentos:** Formulario 1 Solicitud de Estudios Bacteriológicos, Formulario 2 Ficha de Notificación y seguimiento del Caso de TB, Carné del Paciente, Formulario 5 Consolidado



Referencias

- Operación-proceso
- Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado, 4 cuadruplicado)
- Archivo de documentos
- Conector de página
- Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento del Circuito de Información (Registro y Notificación) de Casos de TB

Servicio de salud y paciente

1. El servicio de salud recibe el resultado de laboratorio en el Formulario 1 (original y duplicado).
2. Orienta al paciente. Entrega Formulario 1 (duplicado)
3. El paciente recibe consejería.
4. El servicio de salud registra el caso de TB en el Formulario 2 (en dos copias) y también en el carné del paciente. Registra en el sistema experto
5. El servicio suministra TDO y carné del paciente.
6. El paciente recibe TDO y carné del paciente.
7. El personal de salud registra la toma diaria del paciente, en el carné que tiene el paciente.
8. El servicio registra el TDO en Formulario 2 (reverso del duplicado).
9. Elabora consolidado Formulario 5 en dos copias.
10. Remite al distrito Formulario 2 (original) y Formulario 5 (original)
11. Archiva Formulario 2 (duplicado de cartulina) y Formulario 5 (duplicado)

Cabecera Distrital

12. La cabecera distrital recibe Formulario 2 (original) y Formulario 5 del servicio local (original).
13. Controla la integridad de los datos de ambos formularios.
14. Registra o valida datos en el sistema experto.
15. Elabora Formulario 5 Consolidado de TB distrital (en triplicado), en base a los Formulario 5 que remitió cada servicio del distrito.

16. Remite a la Coordinación de TB Regional: Formulario 5 distrital (original y duplicado), Formulario 2 (original)

17. Archiva Formulario 5 distrital (triplicado) y el formulario 5 local (original)

Coordinación Regional de TB

18. Recibe Formulario 2 (original), Formulario 5 distrital (original y duplicado)

19. Controla los datos de los formularios recibidos.

20. Certifica los datos en el sistema experto.

21. Elabora Formulario 5 regional en base a los consolidados enviados por todos los distritos de la región.

22. Remite al Dpto. de Estadísticas del PNCT: Formulario 2 (original), Formulario 5 distrital (originales), Formulario 5 regional (original)

23. Archiva Formulario 5 distrital (duplicado), Formulario 5 regional (duplicado).

Dpto. de Estadísticas PNCT

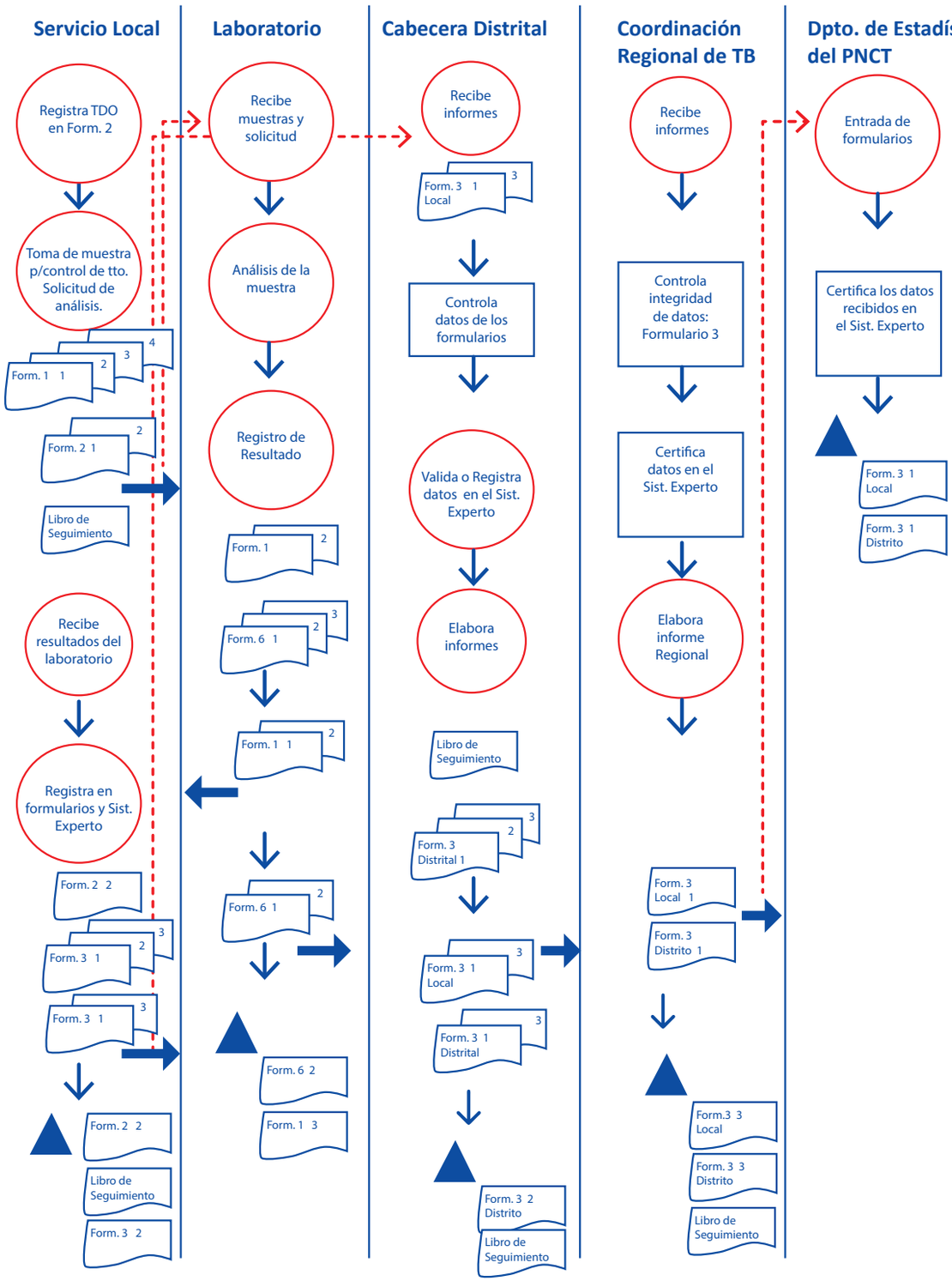
24. Recibe Formulario 2 (original), Formulario 5 regional (original), Formulario 5 distrital(original)

25. Certifica los datos en el Sistema Experto.

26. Archiva: Formulario 2 (original), Formulario 5 regional (original), Formulario 5 (distrital).

4. Diagrama del Circuito de Registro y Control de Tratamiento de Casos de TB Sensible

Diagrama de Bloque	
Proceso:	Registro y Control de Calidad de datos de TB
Circuito:	Registro y Control de Tratamiento de Casos de TB Sensible
Sectores que intervienen: servicios de salud en sus diferentes niveles, Laboratorio, Cabecera Distrital, Coordinación Regional de TB, Dpto. de Estadística del PNCT	**Documentos:** Formulario 2 Ficha de Notificación y seguimiento del Caso de TB, Formulario6 Registro de Laboratorio Bacteriológico.Formulario3 Informe Mensual de Casos, Carné del Paciente, Formulario 5 Consolidado



Referencias

- Operación-proceso
- Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado, 4 cuadruplicado)
- Archivo de documentos
- Conector de página
- Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento de Registro y Control de Tratamiento de casos de TB Sensible

Servicio

1. Registra TDO en Formulario 2 (duplicado de cartulina)
2. Toma muestras para control bacteriológico de tratamiento.
3. Redacta la solicitud de análisis de laboratorio en el Formulario 1 (en cuadruplicado)
4. Envía al laboratorio la solicitud en Formulario 1 (original, duplicado y triplicado).

Laboratorio

5. Recibe la solicitud.
6. Analiza las muestras.
7. Registra los resultados en Formulario 1 y Formulario 6.
8. Remite los resultados en Formulario 1 (original y duplicado)
9. Archiva: Formulario 1 (triplicado), Formulario 6.

Servicio Local

10. Recibe los resultados.
11. Registra los datos en Formulario 2 (duplicado de cartulina), Formulario 3 (en triplicado), Formulario 5 (en duplicado). Registra datos en el sistema experto.
12. Remite a la cabecera distrital: Formulario 3 (original y triplicado), Formulario 5 (original)
13. Se archiva el Formulario 2 (cartulina), Formulario 3 (duplicado), Formulario 5 (duplicado)

Cabecera Distrital

14. Recibe: Formulario 3 (original y triplicado), Formulario 5 del servicio local (original)
15. Controla cifras de tratamiento, controles, diagnósticos, altas y observaciones.

16. Registra o valida datos en el Sistema Experto.

17. Elabora informes: Formulario 3 distrital (en triplicado), Formulario 5 distrital (en triplicado) en base a los Formulario 5 de los servicios.

18. Remite a la Coordinación Regional de TB: Formulario 3 de servicios (original y triplicado), Formulario 3 distrital (original y triplicado), Formulario 5 distrital (original y duplicado)

19. Archiva: Formulario 3 (duplicado), Formulario 5 (duplicado)

20. Coordinación Regional de TB

21. Recibe del nivel distrital: Formulario 3 de servicios (original y triplicado), Formulario 3 distrital (original y triplicado), Formulario 5 distrital (original y duplicado)

Controla los datos de los informes recibidos.

22. Certifica los datos en el Sistema Experto de TB.

23. Elabora los informes: Formulario 5 regional (en duplicado) en base a los Formulario 5 recibidos de cada uno de sus distritos.

24. Remite al Dpto. de Estadísticas del PNCT: Formulario 3 servicio local (original), Formulario 3 distrital (original), Formulario 5 distrital (original), Formulario 5 regional (original).

25. Archiva: Formulario 3 servicio (triplicado), Formulario 3 distrital (triplicado), Formulario 5 distrital (triplicado), Formulario 5 regional (duplicado)

Departamento de Estadísticas PNCT

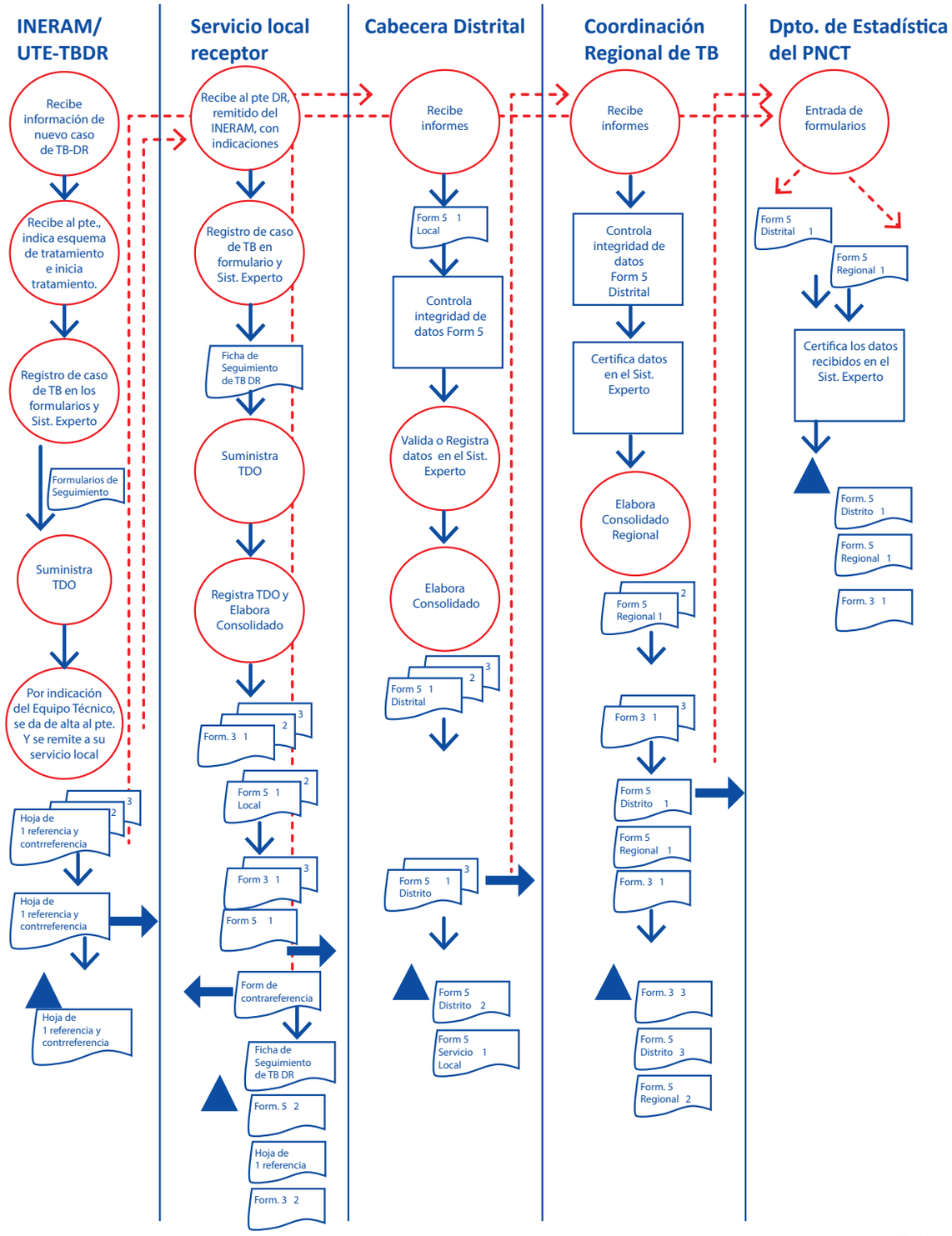
26. Recibe de la Región Sanitaria: Formulario 3 servicio (original), Formulario 3 distrital (original), Formulario 5 distrital (original), Formulario 5 regional (original).

27. Certifica los datos enviados y los comprueba con el sistema experto.

28. Archiva los informes: Formulario 3 servicio (original), Formulario 3 distrital (original), Formulario 5 distrital (original), Formulario 5 regional (original).

5. Diagrama del Circuito de Información (Registro y Seguimiento) de Casos de TB Resistente.

Diagrama de Bloque	
Proceso:	Registro y Control de Calidad de datos de TB
Circuito:	Registro y Seguimiento de Casos de TB Resistente.
Sectores que intervienen: pacientes, servicios de salud en sus diferentes niveles, Cabecera Distrital, Coordinación Regional de TB, Dpto. de Estadística del PNCT	**Documentos:** Formulario 2 Ficha de Notificación y seguimiento del Caso de TB, Carné del Paciente, Formulario 5 Consolidado, Ficha de Seguimiento de TB DR



Referencias

- Operación-proceso
- Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado)
- Archivo de documentos
- Conector de página
- Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento del Circuito de Información (Registro y Seguimiento) de Casos de TB Resistente.

Cuando se realiza el diagnóstico de un caso de TB DR a nivel local, este egresa del sistema de registros del servicio como FRACASO, notificándose el caso en el formulario 3 a los niveles superiores. Se remitirá un informe por escrito del caso a la UTE – TBDR a nivel regional y central para evaluación. Todos los casos evaluados de TB DR deberán ser notificados por la UTE – TBDR en el formulario 2 en duplicado; enviar el original a la coordinación regional de TB para la remisión a nivel central (PNCT), previo registro del caso para el seguimiento.

Si el caso evaluado amerita internación y manejo en una unidad hospitalaria especializada, debe realizarse la referencia del caso del servicio local en el formulario de referencia-contra referencia en triplicado, el duplicado queda en servicio local, el triplicado a la coordinación de TB regional y el original con el paciente para el servicio receptor.

INERAM/UTE -TBDR

1. Recibe información de nuevo caso de TB-DR.
2. Recibe al paciente luego de la correspondiente coordinación con el PNCT y la respuesta del director regional sobre qué servicio se encargará posteriormente del paciente DR, indica esquema de tratamiento e inicia tratamiento.
3. Registro de caso de TB en formulario y Sistema Experto. Formularios de Seguimiento de TB DR.
4. Envía la contra referencia al servicio emisor del caso de TB DR.
5. Suministra TDO.
6. Por indicación del Equipo Técnico, se da de alta al paciente y se remite a su servicio local, previa coordinación con la Región Sanitaria.
7. Elabora la hoja de referencia y contra referencia en triplicado, el original lleva la paciente al servicio local receptor, el duplicado queda en el servicio emisor y el triplicado en la región sanitaria del servicio emisor.

8. Elabora un resumen clínico, las indicaciones de las medicaciones y los controles de seguimiento que acompañará a la hoja de referencia.

Servicio de salud local.

9. Recibe al paciente con TB - DR, remitido del INERAM, con indicaciones.
10. El servicio de salud registra el caso de TB, habilita Ficha de Seguimiento de TB DR. Registra en el sistema experto.
11. Envía la contra referencia al hospital emisor INERAM
12. Suministra TDO.
13. El servicio registra el TDO Ficha de Seguimiento de TB DR.
14. Elabora consolidado Formulario 5 y el formulario 3 en tres copias
15. Remite al distrito Formulario 3 (original y triplicado) y el formulario 5 (original)
16. Archiva Ficha de Seguimiento de TB DR, Formulario 5 (duplicado) y el formulario 3 (duplicado)

Cabecera Distrital

17. La cabecera distrital recibe Formulario 5 local (original).
18. Controla la integridad de los datos.
19. Registra o valida datos en el sistema experto.
20. Elabora Formulario 5 Consolidado de TB distrital (en triplicado), en base a los Formulario 5 que remitieron cada servicio del distrito.
21. Remite a la Coordinación de TB Regional: Formulario 5 distrital (original y triplicado), Formulario 5 del servicio (original)
22. Archiva Formulario 5 distrital (duplicado), Formulario 5 servicio local (original)

Coordinación Regional de TB

23. Recibe Formulario 5 servicio local (original), Formulario 5 distrital (original y triplicado) y formulario 3 (triplicado y original).
24. Controla los datos de los formularios recibidos.
25. Certifica los datos en el sistema experto.
26. Elabora Formulario 5 regional en base a los consolidados enviados por todos los distritos de la región (en duplicado).

27. Remite al Dpto. de Estadísticas del PNCT: Formulario 5 distrital (original), Formulario 5 regional (original), formulario 3 (original).

28. Archiva Formulario 5 distrital (triplicado), formulario 3 triplicado, Formulario 5 regional (duplicado).

Dpto. de Estadísticas PNCT.

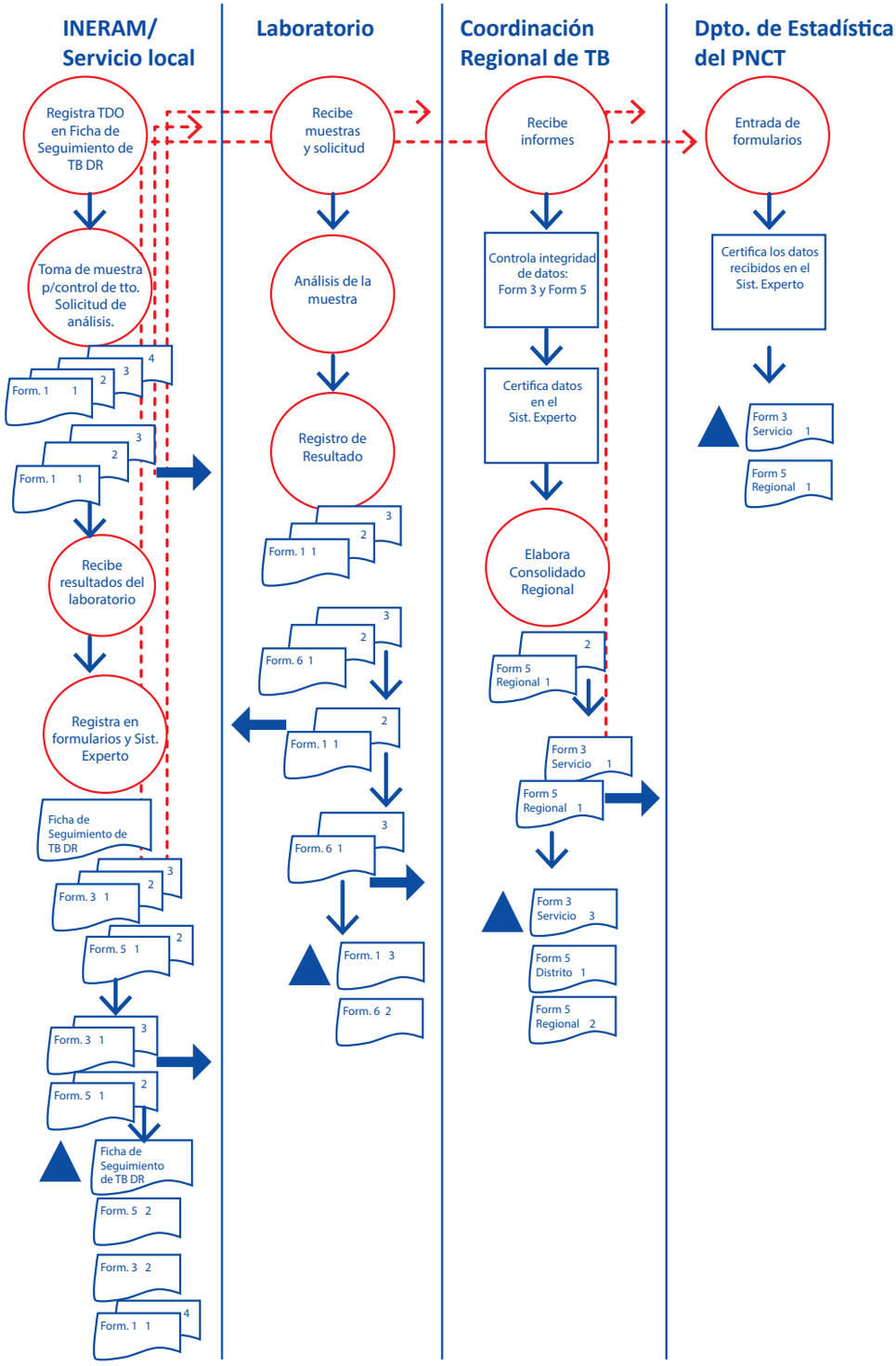
29. Recibe Formulario 5 regional (original), Formulario 5 distrital (original) y formulario 3 (original).

30. Certifica los datos en el Sistema Experto.

31. Archiva: Formulario 3 (original), Formulario 5 regional (original), Formulario 5 (distrital)

6. Diagrama del Circuito de Registro y Control de Tto. de Casos de TB Resistente

Diagrama de Bloque	
Proceso:	Registro y Control de Calidad de datos de TB
Circuito:	Registro y Control de Tratamiento de Casos de TB Resistente en el INERAM
Sectores que intervienen: INERAM, servicios de salud en sus diferentes niveles, Laboratorio, Cabecera Distrital, Coordinación Regional de TB, Dpto. de Estadística del PNCT	**Documentos:** Ficha de Seguimiento de TB DR, Formulario3 Informe Mensual de Casos, Carné del Paciente, Formulario 5 Consolidado



Referencias

- Operación-proceso
- Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado)
- Archivo de documentos
- Conector de página
- Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento de registro y control de tratamiento de Casos de TB Resistente.

INERAM

1. Registra TDO en Ficha de Seguimiento de TB DR
2. Toma muestras para control bacteriológico de tratamiento.
3. Redacta la solicitud de análisis de laboratorio en el Formulario 1 (en cuadruplicado)
4. Envía al laboratorio la solicitud en Formulario 1 (original, duplicado triplicado)
5. Archiva el formulario 1 (cuadruplicado).

Laboratorio

6. Recibe la solicitud.
7. Analiza las muestras,
8. Registra los resultados en Formulario 1 (original y duplicado) y Formulario 6 (triplicado)
9. Remite los resultados en Formulario 1 (original y duplicado), Formulario 6 (original y triplicado).
10. Archiva Formulario 1 (triplicado) y Formulario 6 (duplicado).

INERAM

11. Recibe los resultados. Formulario 1 (original y duplicado)
12. Registra los datos en Ficha de Seguimiento de TB DR, Formulario 3 (en triplicado), Formulario 5 (en duplicado). Registra datos en el sistema experto.
13. El INERAM remite a la Coordinación Regional de TB: Formulario 3 (original y triplicado), Formulario 5 (original).
14. Se archiva Ficha de Seguimiento de TB DR, Formulario 3 (duplicado), Formulario 5 (triplicado) y el Formulario 1 (original y cuadruplicado)

Coordinación Regional de TB

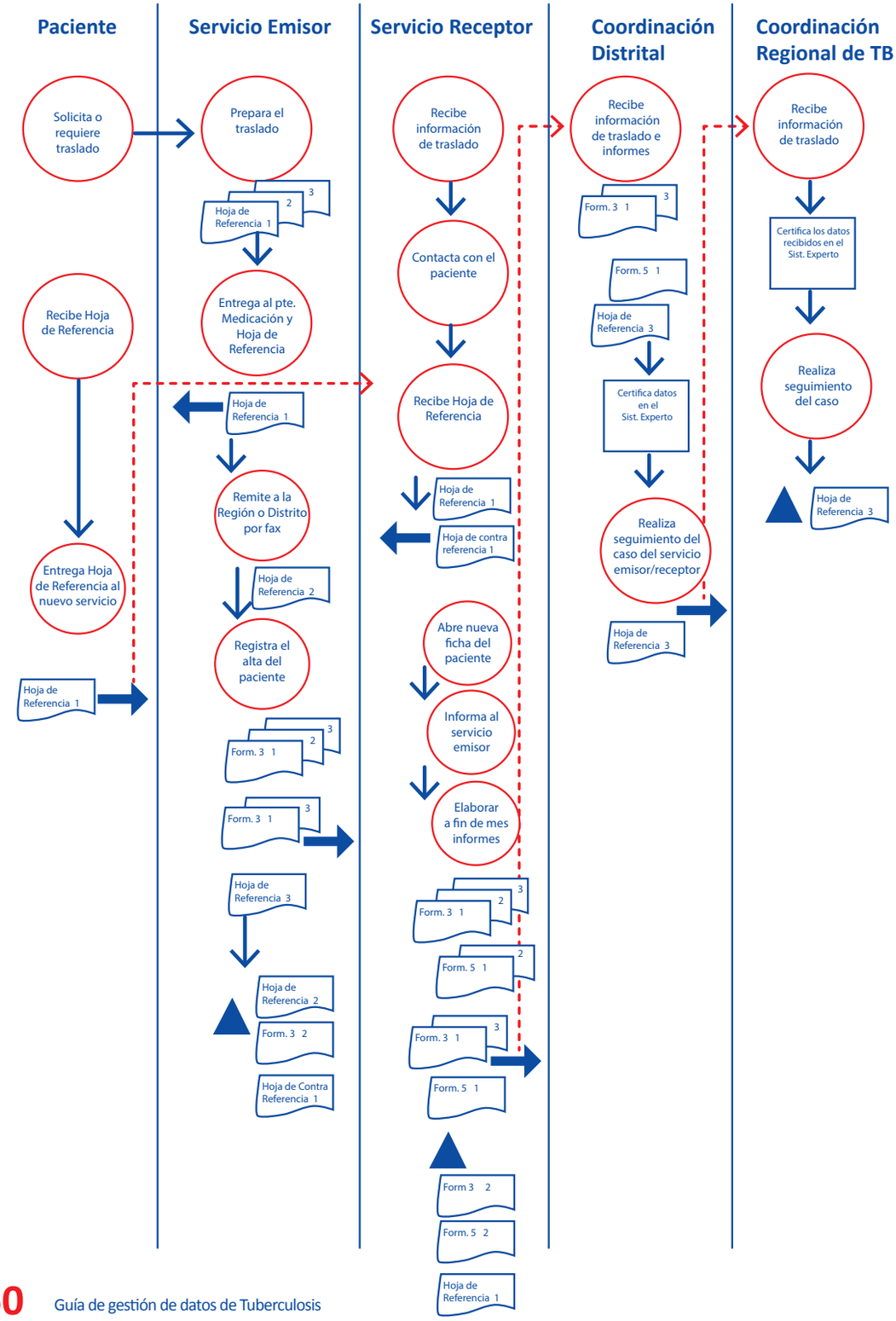
15. Recibe del INERAM: Formulario 3 de servicios (original y triplicado), Formulario 5 (original).
16. Controla los datos de los informes recibidos.
17. Certifica los datos en el Sistema Experto de TB.
18. Elabora los informes: Formulario 5 regional (en duplicado).
19. Remite al Dpto. de Estadísticas del PNCT: Formulario 3 servicio (original), Formulario 5 regional (original).
20. Archiva: Formulario 3 servicio (triplicado), Formulario 5 distrital (original), Formulario 5 regional (duplicado)

Departamento de Estadísticas PNCT

21. Recibe de la Región Sanitaria: Formulario 3 servicio (original), Formulario 5 regional (original).
22. Certifica los datos enviados y los comprueba con el sistema experto.
23. Archiva los informes: Formulario 3 servicio (original), Formulario 5 regional (original).

7. Diagrama de Registro de Referencia de Pacientes con TB.

Diagrama de Bloque	
Proceso:	Registro y Control de Calidad de datos de TB
Circuito:	Registro de Referencia de pacientes con TB
Sectores que intervienen: paciente, servicios local emisor, servicio local receptor, Cabecera Distrital, Coordinación Regional de TB.	**Documentos:** Formulario 2 Ficha de Notificación y seguimiento del Caso de TB, Formulario3 Informe Mensual de Casos, Carné del Paciente, Formulario 5 Consolidado



Referencias

- Operación-proceso
- Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado)
- Archivo de documentos
- Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento Traslado de Pacientes con TB

Paciente y Servicio Emisor

1. El paciente solicita o requiere traslado de la unidad donde ha iniciado tratamiento.
2. El servicio prepara el traslado del paciente. Para ello, redacta la Hoja de referencia (en triplicado)
3. Entrega al paciente los medicamentos y la Hoja de referencia (original)
4. El paciente recibe la Hoja de Referencia y los medicamentos para 10 días.
5. El paciente entrega la Hoja de Referencia al Servicio Receptor.
6. El Servicio Emisor remite a la región sanitaria y/o distrito la Hoja de Referencia por fax.
7. El servicio emisor registra el alta del paciente en el Formulario 3 (en triplicado)
8. A fin de mes, remite a la cabecera distrital el Formulario 3 (original y triplicado) Hoja de Referencia (Triplicado)
9. Archiva el Formulario 3 (duplicado) y Hoja de Referencia (duplicado)

Servicio Receptor

10. Recibe información del traslado.
11. Contacta con el paciente.
12. Recibe la Hoja de Referencia que tenía en su poder, el paciente.
13. Habilita una nueva ficha para el paciente (Formulario 2 Ficha de Notificación y seguimiento del paciente)
14. Informa al servicio emisor que ha recibido al paciente, a través del talón de Contra referencia de la Hoja de Referencia.
15. Elabora a fin de mes informe: Formulario 3 en triplicado, Formulario 5 (en duplicado).
16. Remite a la cabecera distrital: Formulario 3 (original y triplicado), Formulario 5 (original)

17. 17. Archiva: Formulario 3 (duplicado), Hoja de Referencia (original), Formulario 5 (duplicado)

Cabecera Distrital

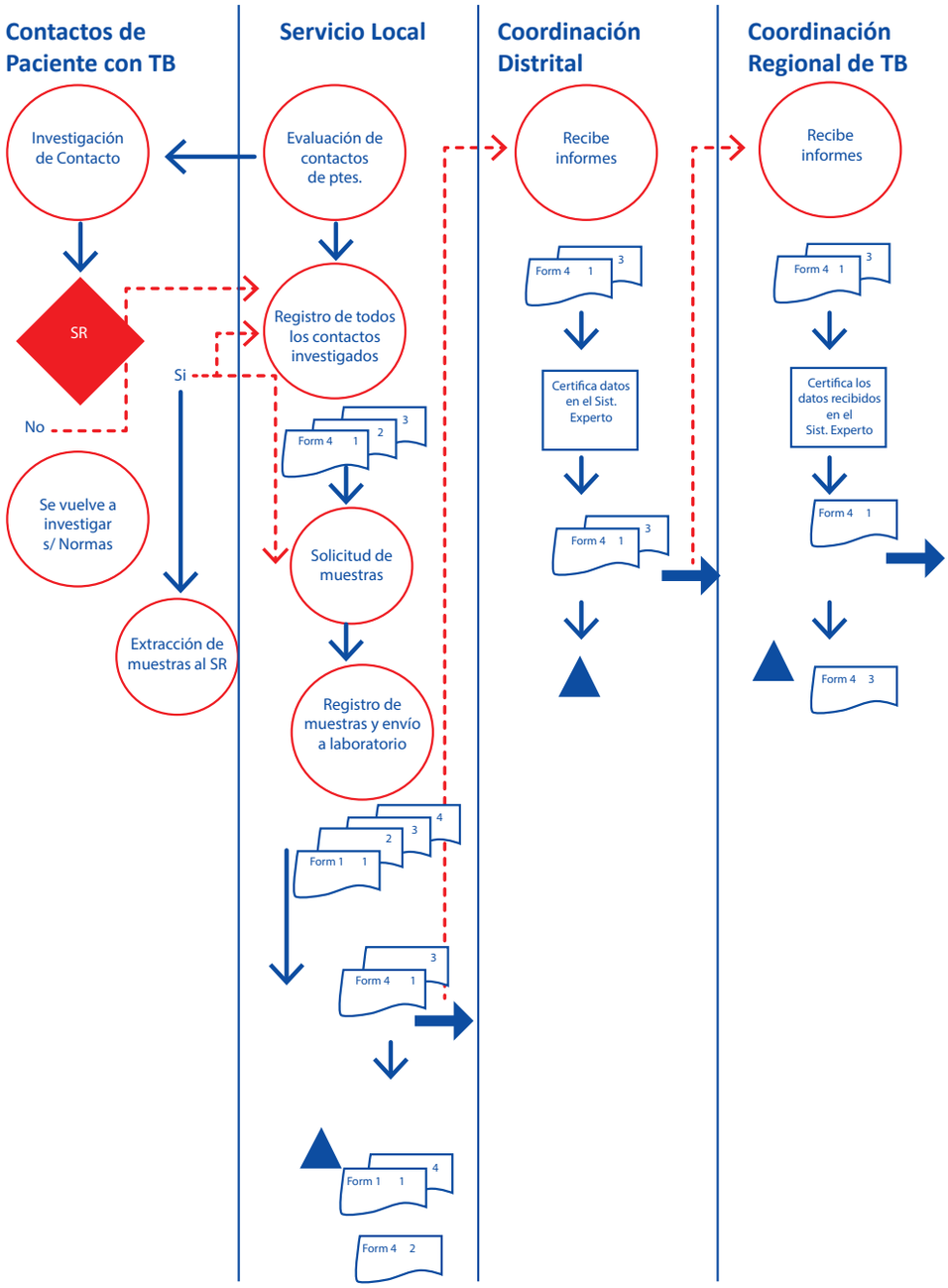
18. Recibe información de traslado e informes tanto del servicio emisor: Formulario 3 (original y triplicado), Hoja de referencia (triplicado); como del servicio receptor: Formulario 3 (original y triplicado) Formulario 5 (original)
19. Certifica o registra los datos en el Sistema Experto.
20. Realiza seguimiento del caso el servicio emisor/receptor.
21. Remite a la Coordinación Regional de TB la Hoja de Referencia (triplicado)

Coordinación Regional de TB.

22. Recibe información del traslado y Hoja de Referencia (triplicado)
23. Certifica datos en el Sistema Experto.
24. Realiza seguimiento del caso.
25. Archiva Hoja de Referencia (triplicado)

8. Diagrama de Registro y Control de Contractos

Diagrama de Bloque	
Proceso:	Registro y Control de Calidad de datos de TB
Circuito:	Registro Y Control de Contactos
Sectores que intervienen: contactos de ptes., servicios de salud en sus diferentes niveles , Cabecera Distrital, Coordinación Regional de TB	**Documentos:** Formulario 1 Solicitud de Estudios Bacteriológicos y Formulario 4 Formulario de Control de Contactos y Quimioprofilaxis.



Referencias

- Operación-proceso
- Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado, 4 cuadruplicado)
- Opción múltiple: permite dos alternativas
- Archivo de documentos
- Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento de Registro y control de contactos

1. El servicio evalúa a los contactos de los pacientes con TB.
2. Investigación del contacto.
3. Si el contacto no es SR, se registra en el Formulario 4 y se vuelve a investigar de acuerdo a las normas.
4. Si el contacto es SR, se registra también en el Formulario 4 y se solicita muestras Formulario1 (en cuadruplicado)
5. Se extrae muestras al contacto SR.
6. El servicio local registra las muestras en el Formulario 1 (en cuadruplicado)
7. El servicio local, remite informe Formulario 4 (original y triplicado)
8. Archiva Formulario1 (original y cuadruplicado) y Formulario4 (duplicado)

Cabecera Distrital

9. Recibe informes: Formulario 4 (original y triplicado)
10. Certifica o registra los datos en el Sistema Experto.
11. Remite Formulario 4 (original)

Coordinación Regional de TB

12. Recibe informes: Formulario 4 (original y triplicado)
13. Certifica datos en el Sistema Experto.
14. Envía Formulario 4 (original).
15. Archiva Formulario 4 (triplicado).

Formularios de Registro del PNCT

Formulario 1

Instructivo para el llenado de la Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis (TB). Formulario 1

Consideraciones Generales: *El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejerciendo presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados.*

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.
1.Cuando el Personal de Salud capta al Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR a ser examinado. (4.1.1.) (Ver Formulario 1)
2. En caso de control en el seguimiento de los casos de TB en tratamiento (Controles Bacteriológicos). (4.1.2.) (Ver Formulario 1)

Encabezado del Formulario:
Nro. de Orden: Anotar en números correlativos empezando por el 01, que sería el primer SR o caso presuntivo de TB que identifique el servicio. Esto será correlativo hasta finalizar el año. En caso de control del paciente de TB, dejar vacía la celda.
Encabezado del Formulario:
Región Sanitaria: Anotar el nombre de la Región Sanitaria, en la cual está ubicado el establecimiento de salud. **Código:** registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.
Distrito: Anotar el nombre del Distrito, en el cual está ubicado el establecimiento de salud. **Código:** registrar el número que corresponde al Distrito.
Establecimiento: Anote el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención. Código: registrar el número que corresponde al establecimiento de salud.
Código: registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.
Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que brinda el servicio al usuario.
Nro.de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que brinda el servicio (línea baja y/o celular)
Fecha de Identificación: anotar dd/mm/aa (dd: día, mm: mes y aa: año) en que es identificado el Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR a ser examinado. Este Ítem será llenado solo en caso de que se solicite el estudio para Diagnóstico.
Fecha de Solicitud de Análisis: indicar dd/mm/aa en que se remite el pedido al laboratorio, este campo es de suma importancia para controlar la prontitud de la respuesta local en cuanto al diagnóstico. Este Ítem será llenado en el caso de Diagnóstico o Control Bacteriológico.

Cuerpo del formulario
1.Datos de Identificación
1.1. Documento de Identificación: en el círculo correspondiente debe marcar con una "X" el tipo de documento, sea este CI (Cédula de Identidad), pasaporte o carné indígena y posteriormente en Nro. el número del documento. Y en el caso de que no tenga consigo su documento y no conozca el número marcar con una "X" el círculo que indica No porta. En caso de no tener documento de identidad marcar con una "X" el círculo que indica que No tiene. En ambos casos (No porta o No tiene) asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo. José Martínez González- 15 de febrero de 1973. JM150273. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.
1.2. Primer Nombre: anotar el primer nombre del paciente.
1.3. Segundo Nombre: anotar el segundo nombre del paciente.
1.4. Primer Apellido: anotar el primer apellido del paciente.
1.5. Segundo Apellido: anotar el segundo apellido del paciente.
1.6. Apellido de Casada: anotar en caso que corresponda el apellido de casada de la paciente, conforme a su documento de identidad.
1.7. Etnia: marcar con "X" en No Aplica en caso de que el SR o el caso presuntivo de TB no SR no es indígena, y Aplica, en el caso de ser indígena.
1.7.1. Especificar: En el caso que aplique el Ítem de Etnia especificar la parcialidad o pueblo indígena al cual pertenece. Ejemplo: Aché, Avá Guaraní, Ayoreo, Mbya, Maka, otros.
1.8. Fecha de Nacimiento: anotar la fecha: día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del paciente. Si desconoce la fecha de nacimiento aplicar el proceso descripto en el 1.1., para ese caso.
1.9. Edad: Anotar la edad del/la paciente, en años cumplidos.
1.10. Sexo: Marcar con una "X" en el círculo correspondiente al sexo, M (masculino) o F (femenino).
1.11. Lugar de Nacimiento: anotar el lugar de nacimiento del paciente ciudad/departamento.
1.12. Nacionalidad: anotar la nacionalidad del/la paciente.

2. Datos de Residencia Habitual
2.1. Departamento: escribir el nombre del departamento en el que habitualmente reside el/la paciente.
2.2. Distrito /Ciudad: escribir el nombre del distrito, ciudad, en el que habitualmente reside el/la paciente.
2.3. Área: Marcar con una "X" el círculo correspondiente al área en la que reside el/la paciente según corresponda: urbana o rural.
2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena: escribir el nombre del barrio, compañía, asentamiento o comunidad indígena en el que reside el/la paciente.
2.5 Calle y Nro. de casa: anotar el/los nombre/s de la/s calle/s y el Nro. de casa en el que reside el/la paciente o Nro. de departamento en caso que resida en un edificio.
2.6. Referencia: escribir el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio de el/la paciente.
2.7. Nro. de teléfono: anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) de el/la paciente o de algún referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el paciente.
2.8.Penitenciaría: Marcar con una "X" el círculo No Aplica si el/la paciente no se encuentra recluido en una penitenciaria y Aplica si el/la paciente se encuentra en algún centro penitenciario, en este caso Especificar el nombre del mismo.

3.Clasificación de Riesgo de TB
3.1. Población de Riesgo: marcar con una "X" el/los círculos correspondientes a la situación del paciente de acuerdo a:
3.1.1. Contacto de un caso de TB: si el/la paciente tiene un contacto de TB sensible sea pulmonar y/o extrapulmonar.
3.1.2. Contacto de un caso de TB DR (TB Drogo Resistente), si el/la paciente tiene un contacto de TB resistente sea pulmonar y/o extrapulmonar.
3.1.3. Persona privada de su libertad, si el/la paciente está o estuvo privado de su libertad.
3.1.4. Personal de salud, si el/la paciente es Personal de Salud, sea administrativo o técnico.
3.1.5. Población indígena, si el/la paciente corresponde a un pueblo indígena.
3.1.6. Diabetes, si el/la paciente padece de Diabetes Mellitus.
3.1.7. Factor de Riesgo 1, si el/la paciente vive con VIH (Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) PVIH)
3.1.8. No Aplica, si el/la paciente no aplica lo citado anteriormente.

3.2. Historia de Tratamiento Previo: marcar con una "X" el círculo correspondiente a las opciones previstas:
3.2.1. Paciente Nuevo.
3.2.2. Paciente previamente tratado.
3.2.3. No Aplica

4.Solicitud de Análisis de Laboratorio
4.1. Razón del Estudio: marcar con una "X" el círculo correspondiente a; Diagnóstico: cuando es un Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR, o Control: En el caso del seguimiento del tratamiento en todos los casos de Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopía positiva, se debe realizar Baciloscopía de control cada 2 meses (2º, 4º y 6º meses). En aquellos pacientes que presentan Baciloscopía positiva en cualquiera de los controles, se deberá realizar cultivo y test de sensibilidad. En caso de pacientes diagnosticados como TB por clínica y radiografía, que iniciaron tratamiento con Baciloscopía negativa y ante una mala respuesta al tratamiento se repetirá una nueva serie de Baciloscopía en cualquier momento del mismo.
En caso de ser Diagnóstico, marcar:
4.1.1. Diagnóstico, o:
4.1.1.1. SR: (Sintomático Respiratorio).
4.1.1.2. Caso presuntivo no SR.
En caso de ser de Control, marcar:
4.1.2. Control.
4.1.2.1. Mes Tto. (Tratamiento): anotar el mes de tratamiento en que se encuentra el paciente. Ejemplo: Si es el 2do. mes del 6to. de tratamiento, colocar: 2/6
4.1.2.2. Medicamentos: anotar las iniciales de los medicamentos recibidos al momento del control. Ejemplo: HRZE o HR.
4.2. Tipo de muestra: marcar con una "X" el círculo correspondiente al tipo de muestra que será remitida al Laboratorio:
4.2.1. Esputo.
4.2.2. LCR (líquido céfalo raquídeo).
4.2.3. Orina.
4.2.4. Secreción.
4.2.5. Heces.
4.2.6. Biopsia: En caso de ser biopsia, se debe Especificar, anotar el nombre del material a ser enviado.
4.2.7. Otra: En caso de que la muestra no pertenece a ninguna de las opciones anteriores. Especificar, anotar el nombre del material a ser enviado.
4.3. Tipo de examen: marcar con una "X" el círculo correspondiente al tipo de examen según Normas Nacionales de TB.
4.3.1. Baciloscopía.
4.3.2. Cultivo

4.3.3. Prueba de Sensibilidad.
4.3.4. Tipificación.
4.3.5. Gene Xpert.
4.3.6. Anatomía Patológica.
4.3.7. Otro. En caso de que el tipo de examen no pertenece a ninguna de las opciones anteriores. Especificar, anotar el nombre del tipo de examen solicitado.

Observación: Ver según Guías Nacionales de TB, las indicaciones de Basciloscopia, Cultivo, Tipificación, Prueba de Sensibilidad y Xpert MTB Rif.

5. Toma de Muestra/s:
5.1. Marcar con una "X" el círculo correspondiente a la cantidad de número de muestra seguido de la Fecha de la toma (dd/mm/aa) y Aspecto de la misma, describir: mucoso, mucopurulento, hemóptico, salivoso, licuado, purulento. Tanto de la primera (Muestra 1), segunda (Muestra 2), y/o tercera (Muestra 3), según corresponda.

Observación: indicar en aspectos ¨lámina coloreada¨ en caso que la muestra se remita en esa condición.

6. Resultados de Análisis de Baciloscopía.
6.1. Marcar con una "X" el círculo correspondiente el número de muestra, seguido del Resultado de basciloscopia. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Tanto de la primera (Muestra 1), segunda (Muestra 2), y/o tercera (Muestra 3), según corresponda.
Firma y sello del responsable del laboratorio: Registrar la firma del responsable de laboratorio y su sello /o Aclaración de la Firma.
Nombre del Laboratorio: Registrar el nombre del laboratorio o del servicio de salud donde se encuentra el laboratorio.

OBSERVACION IMPORTANTE
El original con el duplicado y triplicado debe ser remitido al laboratorio junto con las muestras extraídas del paciente. El Cuadruplicado quedará en el servicio, para que con la información contenida en este, se pueda cargar en el sistema experto y en el libro de SR.
El laboratorio registrará los resultados –en el original y duplicado volverá al servicio, donde el/la encargado/a de TB hará entrega del duplicado al paciente. El triplicado quedará para el laboratorio.
En caso de enviar las muestras para cultivo o prueba de sensibilidad u otro estudio de diagnóstico bacteriológico a otro laboratorio se volverá a completar nuevamente el formulario o se enviara en cuadruplicado una vez registrado todos los datos.

TESÃI HA TEKO PORÃVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis
Formulario 1

Nro. de Orden: _____

Región Sanitaria: _____ **Código:** _____
Distrito: _____ **Código:** _____
Establecimiento: _____ **Código:** _____
Responsable: _____ **Nro. de Teléfono:** _____
Fecha de Identificación: / / **Fecha de Solicitud de Análisis** ___/___/___

1. Datos de Identificación

1.1. Documento de Identificación: CI ○ Pasaporte ○ Carné Indígena ○ Nro._____ No porta ○ No tiene ○

1.2. Primer Nombre: _____ **1.3. Segundo Nombre:** _____
1.4. Primer Apellido: _____ **1.5. Segundo Apellido:** _____
1.6. Apellido de casada: _____ **1.7. Etnia:** No aplica ○ Aplica ○ **1.7.1. Especificar:** _____
1.8. Fecha de Nacimiento: ___/___/_____ **1.9. Edad:** _____ **1.10. Sexo:** F ○ M ○
1.11. Lugar de Nacimiento: _____ **1.12. Nacionalidad:** _____

2. Datos de Residencia habitual

2.1. Departamento _____ **2.2. Distrito / Ciudad:** _____
2.3. Área: Urbana ○ Rural ○ **2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena:** _____
2.5. Calle y Nro. de casa: _____
2.6. Referencia: _____
2.7. Nro. de Teléfono: _____ **2.8. Penitenciaría** No aplica ○ Aplica ○ Especificar: _____

3. Clasificación de Riesgo de TB

3.1. Población de Riesgo:
- 3.1.1. Contacto TB ○
- 3.1.2. Contacto TB-DR ○
- 3.1.3. Privado de libertad ○
- 3.1.4. Personal de Salud ○
- 3.1.5. Población indígena ○
- 3.1.6. Diabetes ○
- 3.1.7. Factor de Riesgo 1 ○
- 3.1.8. No aplica ○

3.2 Historia de Tratamiento Previo
- ○ 3.2.1. Paciente Nuevo
- ○ 3.2.2. Paciente Previamente Tratado
- ○ 3.2.3. No Aplica

4. Solicitud de Análisis de Laboratorio

4.1. Razón del Estudio

4.1.1. Diagnóstico ○
- **4.1.1.1.** SR ○
- **4.1.1.2.** Caso presuntivo no SR ○

4.1.2. Control ○
- **4.1.2.1.** Mes Tto ___/___
- **4.1.2.2.** Medicamentos _____

4.2 Tipo de muestra

- 4.2.1. Esputo ○ 4.2.5. Heces ○ 4.2.7. Otra ○ Especificar: _____
- 4.2.2. LCR ○ 4.2.6. Biopsia ○
- 4.2.3. Orina ○ Especificar: _____
- 4.2.4. Secresión ○ Especificar: _____

4.3 Tipo de Examen

- 4.3.1. Baciloscopía ○ 4.3.2. Cultivo ○
- 4.3.3. Prueba de Sensibilidad ○ 4.3.4. Tipificación ○
- 4.3.5. Gene Xpert ○ 4.3.6. Anatomía Patológica ○
- 4.3.7. Otro ○ Especificar _____

5. Toma de Muestra/s

5.1.

Muestra 1 ○ Fecha ___/___/___	Muestra 2 ○ Fecha ___/___/___	Muestra 3 ○ Fecha ___/___/___
Aspecto _____	Aspecto _____	Aspecto _____

6. Resultados de Análisis de Baciloscopía

6.1.

Muestra 1 ○	Muestra 2 ○	Muestra 3 ○
Resultado: _____	Resultado: _____	Resultado: _____
Fecha: ___/___/___	Fecha: ___/___/___	Fecha: ___/___/___

_____ Firma y sello del responsable del Laboratorio

_____ Nombre del Laboratorio

Original: Servicio de Salud. - Duplicado: Paciente - Triplicado: Laboratorio - Cuadruplicado: Servicio de Salud

Formulario 2

Instructivo para el llenado de la Ficha de Notificación y Seguimiento del caso de TB. Formulario 2

Consideraciones Generales: *El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejerciendo presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados. Los datos registrados en el mismo son de notificación obligatoria.*

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

1.Cuando el Personal de Salud ingresa al caso de TB para el TDO (Tratamiento Directamente Observado) sea este diagnosticado en el servicio o trasladado (ingreso).
2.Para la Notificación del caso de Tuberculosis.

Encabezado del Formulario: (ANVERSO)
Nro.de Orden: Anotar en números correlativos empezando por el 01, que sería el primer caso de TB (Pulmonar o/y Extrapulmonar) en el servicio. Esto será correlativo hasta finalizar el año.
Región Sanitaria: Anotar el nombre de la Región Sanitaria, en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.
Distrito: Anotar el nombre del Distrito, en el cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: registrar el número que corresponde al Distrito.
Establecimiento: Anote el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención. Código: registrar el número que corresponde al establecimiento de salud.
Código: registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.
Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que brinda el servicio al usuario.
Nro.de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que brinda el servicio (línea baja y/o celular)
Fecha de Identificación: Anotar dd/mm/aa (dd: día, mm: mes y aa: año) en que el caso de TB es identificado independientemente del servicio que identifica.
Fecha de Notificación: Anotar dd/mm/aa en que el caso de TB es notificado al Nivel Nacional. En el caso de que la misma se encuentre vacía, implicaría que el caso no fue notificado aún.
Inició Tratamiento: Marcar con una "X" el círculo **No** en el caso de que el paciente no inicia tratamiento. Especificar el **Motivo por el cual no inició tratamiento** y **Si** en el caso que el paciente inicia tratamiento. Fecha de inicio: Anotar dd/mm/aa en que inicia tratamiento.
TDO/TAES: Marcar con una "X" el círculo **Si**, en el caso que el paciente realiza el Tratamiento Directamente Observado (TDO) y **No** en el caso que el paciente no realiza el TDO.
Esquema de Tratamiento: Marcar con una "X" el círculo **S** en el caso que el/la paciente realice esquema de TB Sensible y **R** en el caso de realizar Esquema de TB Resistente.
Meses total de tratamiento: Indicar el número de meses que el paciente realizara el tratamiento. Ejemplo: 6,12,18 o 24.

Cuerpo del formulario
1.Datos de Identificación
1.1. Documento de Identificación: en el círculo correspondiente debe marcar con una "X" el tipo de documento – sea este CI (Cédula de Identidad), pasaporte o carné indígena- y posteriormente en Nro. el número del documento. Y en el caso de que no tenga consigo su documento y no conozca el número porta marcar con una "X" el círculo que indica No porta. En caso de no tener documento de identidad marcar con una "X" el círculo que indica que No tiene. En ambos casos (No porta o No tiene) asignar un Código utilizando las iníciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo. José Martínez González- 15 de febrero de 1973. JM150273. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.
1.2. Primer Nombre: anotar con el primer nombre del paciente.
1.3. Segundo Nombre: anotar el segundo nombre del paciente.
1.4. Primer Apellido: anotar el primer apellido del paciente.
1.5. Segundo Apellido: anotar el segundo apellido.
1.6. Apellido de Casada: anotar en caso que corresponda el apellido de casada de la paciente, conforme a su documento de identidad.
1.7. Etnia: marcar con "X" en **No Aplica** en caso que el/la paciente con TB no es indígena, y **Aplica**, en el caso de ser indígena.
1.7.1. Especificar: En el caso que Aplique el Ítem de Etnia especificar la parcialidad o pueblo indígena al cual pertenece. Ejemplo: Aché, Avá Guaraní, Ayoreo, Mbya, Maka, otros.
1.8. Fecha de Nacimiento: anotar la fecha: día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del paciente. Si desconoce la fecha de nacimiento aplicar el proceso descripto en el 1.1., para ese caso.
1.9. Edad: Anotar la edad del/la paciente, en años cumplidos.
1.10. Sexo: Marcar con una "X" en el círculo correspondiente al sexo, M (masculino) o F (femenino).
1.11. Lugar de Nacimiento: anotar el lugar de nacimiento del paciente ciudad/departamento.
1.12. Nacionalidad: anotar la nacionalidad del/la paciente.

2.Datos de Residencia Habitual
2.1. Departamento: escribir el nombre del departamento en el que habitualmente reside el/la paciente.
2.2. Distrito /Ciudad: escribir el nombre del distrito y/o ciudad, en el que habitualmente reside el/la paciente.
2.3. Área: Marcar con una "X" el círculo correspondiente al área en la que reside el/la paciente según corresponda: urbana o rural.
2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena: escribir el nombre del barrio, compañía, asentamiento o comunidad indígena en el que reside el/la paciente.
2.5. Calle y Nro. de casa: anotar el/los nombre/s de la/s calle/s y el Nro. de casa en el que reside el/la paciente o Nro. de departamento en caso que resida en un edificio.
2.6. Referencia: escribir el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio de el/la paciente.
2.7. Nro. de teléfono: anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) de el/la paciente ó de algún referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el paciente.
2.8. Penitenciaría: Marcar con una "X" el círculo No Aplica si el/la paciente no se encuentra recluido en una penitenciaria y Aplica si el/la paciente se encuentra en algún centro penitenciario, en este caso Especificar el nombre del mismo.

3. Educación formal y situación laboral
3.1. Nivel de Educación: Marcar con una "X" el nivel de educación del paciente con TB según corresponda: **3.1.1.** Inicial, **3.1.2.** Escolar Básica, **3.1.3.** Nivel Medio, **3.1.4.** Terciario/Universitario, **3.1.5.** Ninguno.
3.2. Profesión/Ocupación: Anotar la profesión u ocupación que ejerce el/la paciente. Ej. Ocupación: Albañil.
3.3. Situación laboral: Marcar con una "X" en el círculo correspondiente a la situación laboral del paciente, **3.3.1.** No Aplica, en el caso de menor de edad y estudiante, **3.3.2.** No trabaja, en el caso que no tenga trabajo remunerado; **3.3.3.** Trabaja, en el caso que el paciente tenga remuneración por el trabajo que realiza, sea independiente o no. Lugar de trabajo Anotar el lugar de trabajo fijo, en caso de ser independiente pregunte al paciente donde ofrece sus servicios en el momento del registro del caso.
4. Seguro Médico: Marcar con una "X" en el círculo según corresponda. **Si**, en el caso de que el paciente cuente con seguro médico; **No**, si el mismo no cuenta con seguro médico o; **No sabe**, si no conoce de que si cuenta o no con la existencia del mismo.
4.1. En el caso de contar con un seguro médico, marcar con una "X" la opción correspondiente.
4.1.1. IPS, **4.1.2.** Sanidad Policial, **4.1.3.** Sanidad Militar, **4.1.4.** Otro, en este caso Especificar el nombre del Seguro Medico al cual corresponde.

5. Clasificación de Riesgo de TB.
5.1. Población de Riesgo: marcar con una "X" el/los círculos correspondientes a la situación del paciente de acuerdo a:
5.1.1. Contacto de un caso de TB sensible; si el/la paciente tiene un contacto de TB sensible sea pulmonar y/o extrapulmonar.
5.1.2. Contacto de un caso de TB DR (TB Drogo Resistente), si el/la paciente tiene un contacto de TB resistente sea pulmonar y/o extrapulmonar.
5.1.3. Persona privada de su libertad, si el/la paciente esta o estuvo privado de su libertad.
5.1.4. Personal de salud, si el/la paciente es Personal de Salud, sea administrativo o técnico.
5.1.5. Población indígena, si el/la paciente corresponde a un pueblo indígena.
5.2. Situación de Riesgo, marcar con una "X" el círculo de acuerdo a la situación de riesgo que presente el paciente.
5.2.1. Diabetes, si el/la paciente padece de Diabetes Mellitus marcar **Si**; en caso de no padecer de la enfermedad marcar **No**; si el paciente y/o personal de Salud no conoce de su patología marcar **Desconoce**.

5.2.2. Tabaquismo si el/la paciente fuma marcar **Sí**; en caso de no fumar o haber dejado de fumar por más de un año marcar **No.** En el caso de que el paciente fume indicar la Cantidad diaria: indicar en paquetes/año (cantidad de cigarrillos por día x año/20. Ejemplo: la persona fuma 10 cigarrillos por día por 30 años: 10 x 30/20= 15)). Años, indicar el número de años que lleva fumando.
5.2.3. EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), si el/la paciente padece de EPOC marcar **Si**; en caso de no padecer de la enfermedad marcar **No**; si el paciente y/o personal de Salud no conoce de su patología marcar **Desconoce**.
5.2.4. Adicciones: si el/la paciente tiene adicción a sustancias nocivas marcar **Si**; en caso de no tener ninguna adicción de sustancias nocivas marcar **No**. En caso afirmativo Especificar tipo de sustancia (alcoholismo, drogas ilícitas- crack, marihuana, cocaína, inyectables, popper, cola de zapatero, éxtasis, etc.)
5.2.5 Otros: especificar otros tipos de padecimientos que se considere de riesgo. (colagenopatías, neoplasias, con trasplante de órganos, diálisis, etc.).
5.3. Factor de riesgo, marcar con una "X" el círculo correspondiente.
5.3.1. PVIH, en caso que el/la paciente convive con el VIH.
5.3.2. CTV, si el Personal de Salud ofreció la CTV (Consejería y testeo voluntario para el VIH).
5.3.2.1. Consejería: marcar con una "X" en el círculo **Si**, en el caso que el/la paciente recibió consejería o **No**, en el caso que no la recibió.
5.3.2.2. Rechazó test: marcar con una "X" en el círculo rechazó el test, en el caso que el/la paciente se niega a realizar el test rápido de VIH.
5.3.2.1.1. Resultado de Test rápido: Si lo realizó indicar el resultado del test del test rápido marcando con una "X" en el círculo del resultado, donde **0** (cero) es No Reactivo y **1** (uno) es Reactivo. **Fecha:** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Hoja 2
6. Resultado de Análisis de Laboratorio.
6.1. Es las siguientes casillas Transcribir puntualmente los resultados recibidos del Laboratorio y fecha de lectura del mismo.
En las casillas correspondientes, Anotar los resultados y fechas, tanto para la Primera, Segunda y Tercera muestra de:
Baciloscopía: Anotar en la celda Primera, Segunda, Tercera correspondiente, el resultado de baciloscopía. **0** = no BAAR (Negativo), **(1-9)** = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), **+** = 10-99 BAAR/100 campos, **++** = 1-10 BAAR/50 campos, **+++** = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Cultivo: Anotar en la celda Primera, Segunda, Tercera correspondiente, el resultado obtenido. 0 = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias), + = 20-100 colonias, ++ = >100 colonias, +++ = innumerables o crecimiento confluente, CC= cuando el cultivo es contaminado. Y en la celda Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Tipificación: en la celda Primera, Segunda, Tercera correspondiente a la muestra seleccionada, anotar el resultado de la tipificación (MTB (Mycobacterium tuberculosis) o **NoMTB** (No Mycobacterium tuberculosis). Y en la celda **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
PSD (Prueba de sensibilidad): Anotar en la celda Primera, Segunda, Tercera correspondiente a la muestra seleccionada, el resultado de la Prueba de Sensibilidad, en la columna **Sensible** anotar las iniciales o nomenclaturas de la/s droga/s a la cual es sensible y en la columna **Resistente** anotar las iniciales o nomenclaturas de la/s droga/s a la cual es resistente. **Ejemplo:** en la casilla Sensible: "HZE" y en Resistente "R". Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
GeneXpert: en la celda Primera, Segunda, Tercera correspondiente a la muestra seleccionada, anotar el resultado del análisis en cuanto al GeneXpert. **T =** MTB detectado, Resistencia a rifampicina no detectada, **RR =** MTB detectada, Resistencia a rifampicina detectada, **TI =** MTB detectada, Resistencia a rifampicina indeterminada, **N =** MTB no detectada, **I =** inválido / sin resultados / error. **Fecha:** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa. Especificar.
Tipo de Muestra: En la columna tipo de Muestra examinada. **Ejemplo:** Esputo, LCR, Secresión, etc.
6.2. Otros estudios de diagnóstico: Anotar otro/s estudio/s realizados y los resultados del mismo. Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

7. Información sobre el Caso de TB Diagnosticado.
7.1 Definición del Caso: Marcar con una "X" el círculo correspondiente al tipo de diagnosticado realizado.
7.1.1. TB Bacteriológicamente confirmado.
7.1.2. TB clínicamente diagnosticado.
7.2. Localización anatómica: Marcar con una "X" el círculo correspondiente a la localización anatómica de la enfermedad.
7.2.1. Pulmonar
7.2.2. Extrapulmonar**.** En el Caso de Extrapulmonar Especificar: anotando la localización de la misma.
7.3. Resistencia a Medicamentos: Marcar con una "X" la opción correspondiente a las pruebas de sensibilidad a los medicamentos (PSD) de los aislados clínicos confirmados como M. tuberculosis:
7.3.1. Sensible.
7.3.2. Resistente.
En el caso de ser Resistente Marcar con una "X" la clasificación de la Resistencia: Monoresistente, Poliresistente, TB-MDR, TB-XDR, TB-RR.
7.4. Historia de Tratamiento previo: Marcar con una "X" una de las opciones de acuerdo a la clasificación basada en la historia de tratamiento previo de TB independiente de la confirmación bacteriológica o localización de la enfermedad:
7.4.1. Paciente Nuevo
7.4.2. Paciente con recaída
7.4.3. Paciente con tratamiento después de fracaso
7.4.4. Paciente con tratamiento después de pérdida en el seguimiento
7.4.5. Otros pacientes previamente tratados
7. 4.6. Paciente con historia desconocida de tratamientos previos por TB

Observación Importante. El original debe ser remitido al PNCT, por cuanto se podrá especial cuidado en el registro del mismo. El duplicado (cartulina) queda en el servicio.

TESÃI HA TEKO PORÃVE MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

Ficha de Notificación y Seguimiento del caso de TB
Formulario 2

Nro. De Orden: ____

Región Sanitaria: ____ Código: ____
Distrito: ____ Código: ____
Establecimiento: ____ Código: ____
Responsable: ____ Nro. de Teléfono: ____
Fecha de identificación: ____/____/____ **Fecha de notificación:** ____/____/____
Inició Tratamiento: No ○ Motivo por lo que no inicio tto. ____ Sí ○ Fecha de inicio: ____/____/____
TDO/TAES: Sí ○ No ○ Esquema de Tratamiento: S ○ R ○ Meses total de tratamiento: ____

1. Datos de Identificación

1.1. Documento de Identificación: CI ○ Pasaporte ○ Carnet Indígena ○ Nro. ____ No porta ○ No tiene ○
1.2. Primer Nombre: ____ 1.3. Segundo Nombre: ____
1.4. Primer Apellido: ____ 1.5. Segundo Apellido: ____
1.6. Apellido de casada: ____ 1.7. Etnia: No Aplica ○ Aplica ○ 1.7.1. Especificar: ____
1.8. Fecha de Nacimiento: ____/____/____ 1.9. Edad: ____ 1.10 Sexo: F ○ M ○
1.11. Lugar de Nacimiento: ____ 1.12. Nacionalidad: ____

2. Datos de Residencia habitual

2.1. Departamento ____ 2.2. Distrito / Ciudad: ____
2.3. Área: Urbana ○ Rural ○ 2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena: ____
2.5. Calle y Nro. de casa: ____
2.6. Referencia: ____
2.7. Nro. de Teléfono: ____ 2.8 Penitenciaría: No Aplica ○ Aplica ○ Especificar: ____

3. Educación Formal y Situación Laboral

3.1. Nivel de Educación: 3.1.1. Inicial ○ 3.1.2. Escolar Básica ○ 3.1.3. Nivel Medio ○ 3.1.4. Terciario/Universitario ○ 3.1.5. Ninguno ○
3.2. Profesión / Ocupación: ____
3.3. Situación Laboral: 3.3.1. No aplica ○ 3.3.2. No trabaja ○ 3.3.3. Trabaja ○ Lugar de trabajo: ____
4. Seguro Médico: Sí ○ No ○ No se sabe ○
4.1 4.1.1. IPS ○ 4.1.2. Sanidad Policial ○ 4.1.3. Sanidad Militar ○ 4.1.4. Otro ○ Especificar ____

5. Clasificación de Riesgo de TB

5.1. Población de Riesgo:
- 5.1.1. Contacto TB ○
- 5.1.2. Contacto TB-DR ○
- 5.1.3. Privado de libertad ○
- 5.1.4. Personal de Salud ○
- 5.1.5. Población indígena ○

5.2. Situación de Riesgo:
- 5.2.1. Diabetes Sí ○ No ○ Desconoce ○
- 5.2.2. Tabaquismo Sí ○ No ○ Cantidad diaria ____ Años ____
- 5.2.3. EPOC Sí ○ No ○ Desconoce ○
- 5.2.4. Adicciones Sí ○ No ○ Especificar ____
- 5.2.5. Otros ○ Especificar ____

5.3. Factor de Riesgo

5.3.1. PVIH ○ 5.3.2. CTV: ○ 5.3.2.1. Consejería Sí ○ No ○ 5.3.2.2. Rechazó test ○
5.3.2.1.1 . Resultado Test rápido: 0 ○ 1 ○ Fecha: / /

6. Resultado de Análisis de Laboratorio (transcribir puntualmente los resultados recibidos del Laboratorio)

6.1.

Muestras	Baciloscopía	Cultivo	Tipificación	PSD Sensible	PSD Resistente	GeneXpert	Tipo de Muestra Especificar
Primera							
Fechas	/ /	/ /	/ /	/	/	/ /	
Segunda							
Fechas	/ /	/ /	/ /	/	/	/ /	
Tercera							
Fechas	/ /	/ /	/ /	/	/	/ /	

6.2. Otros estudios de diagnóstico: ____ Fecha: ____/____/____

7. Información sobre el Caso de TB Diagnosticado

7.1. Definición del Caso:
- 7.1.1. TB Bacteriológicamente Confirmado ○
- 7.1.2. TB Clínicamente Diagnosticado ○

7.2. Localización Anatómica
- 7.2.1. Pulmonar ○
- 7.2.2. Extrapulmonar ○ Especificar ____

7.3. Resistencia a Medicamentos
- 7.3.1. Sensible ○
- 7.3.2. Resistente :
  - Monorresistente ○
  - Polirresistente ○
  - TB-MDR ○
  - TB-XDR ○
  - TB-RR ○

7.4. Historia del Tratamiento Previo
- 7.4.1. Paciente Nuevo ○
- 7.4.2. Paciente con recaída ○
- 7.4.3. Paciente con tratamiento después de fracaso ○
- 7.4.4. Paciente con tratamiento después de pérdida en el seguimiento ○
- 7.4.5. Otros pacientes previamente tratados ○
- 7. 4.6. Paciente con historia desconocida de tratamientos previos por TB ○

Original: PNCT - Duplicado: Servicio de Salud

Instructivo para el llenado de la Ficha de Notificación y Seguimiento del caso de TB
Formulario 2

Consideraciones Generales: *El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejerciendo presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados.*

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.
1. Para el seguimiento del Caso de TB en tratamiento dentro del Servicio de Salud.

REVERSO
Aquí se consignarán los datos del tratamiento realizado al paciente, durante la fase inicial y la de continuación. Ambas fases están dividas en celdas numeradas del 1 al 31 acordes al calendario, de forma a que pueda marcarse con una "X" los días en que el/la paciente haya recibido su dosis durante su tratamiento.

FASE INICIAL (1)
MES Y AÑO: en la primera fila, se registrará el mes y año en que el/la paciente inicia su tratamiento. Ej.: si el/la paciente comienza el 5 de mayo de 2014, se registrará con las primeras tres letras del mes y los dos últimos números del año (May. 14), posteriormente se marca con una "X" en la fecha 5 correspondiente a la primera toma y se tacha los días anteriores, a fin de evitar confusiones.
A partir de esa fecha, se administrará el medicamento de forma diaria de lunes a sábado y se marcará en el carné cada día del mes que el/la paciente recibe su dosis de antibacilares. Los días domingos no se administrará el medicamento, por ello, se colocará la letra "D" (domingo) con un color rojo para que llame la atención, en cada fecha, de acuerdo al calendario donde se visualicen los domingos en ese mes.
Se anula la fecha 31, en caso de que el mes solo traiga 30 días.
Una vez finalizado la fila del mes de tratamiento, registrar en la columna **DOSIS Y DROGAS RECIBIDA**, las drogas y las dosis recibidas durante ese mes. La Dosis equivale a días en que tomo la medicación. Ejemplo: 16 HRZE.
PESO: registrar el peso del/la paciente en Kg. (Kilogramos) de manera mensual durante el tratamiento.
Una vez terminada la fase la FASE INICIAL de tratamiento, se deberá completar las casillas de la FASE DE CONTINUACIÓN (2).

FASE DE CONTINUACIÓN (2)
MES Y AÑO: en la primera fila, se registrará el mes y año en que el/la paciente inicia la FASE DE CONTINUACIÓN, se aplica en mismo llenado de la FASE INICIAL.
Una vez finalizado la fila del mes de tratamiento, registrar en la columna DOSIS Y DROGAS RECIBIDA, las drogas y las dosis recibidas durante ese mes. La Dosis equivale a días en que tomo la medicación. Ejemplo: 26 HR.
COMPRIMIDO/DÍA: Registar en la columna, la cantidad de comprimidos/día que el/la paciente toma de acuerdo a la Fase de tratamiento.
PESO: registrar el peso del/la paciente en Kg. (Kilogramos) de manera mensual durante el tratamiento.

Control Clínico Bacteriológico
Esta sección está divida en cuatro columnas principales, que son: Droga yDosis, Peso, Baciloscopía (con celdas para registrar el Resultado y Fecha) y Cultivo (con celdas para registrar Resultado y Fecha)
Droga y Dosis: anotar las drogas con sus iniciales, ej.: HRZE (Isoniacida, Rifampicina, Prirazinamida y Etambutol) y el número de dosis (en este caso "24") porque se cuentan las casillas marcadas desde el inicio de su tratamiento.
Baciloscopía
Resultado: Anotar en la celda correspondiente, el resultado de baciloscopía. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Cultivo: Anotar en la celda correspondiente, el resultado obtenido. 0 = reportado sin crecimiento, (1-9) = <10 colonias (reportar número de colonias), + = 10-100 colonias, ++ = >100 colonias, +++ = innumerables o crecimiento confluente. Y en la celda Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Esquema tratamiento Sensible
Nro. De Meses: registrar el número de meses que durará el tratamiento, incluidas las dos fases. Generalmente el esquema de tratamiento sensible dura 6 meses, pero existen excepciones:
1. Cuando es un tipo de TB grave (TB miliar, mal de Pott, Meningitis tuberculosa) donde dura 12 meses;
2. En caso de que se prolongue la primera fase cuando el control de 2do mes, resulta positivo y en espera del resultado de cultivo, se sigue con HRZE.
3. Cuando el médico especialista decide extender el tratamiento, de acuerdo a la/las patologías que presente el/la paciente y su condición de salud.

Fase Inicial:
En esta sección, se anotarán las Drogas y Dosis recibidas, durante toda la fase inicial.
Ej: Durante la primera fase se administraron Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol, representadas por las siglas HRZE. En un total de 52 dosis, correspondientes a dos meses de tratamiento. En cada mes, se administran 26 dosis, que son 26 días, lo que suma 52 dosis.
Drogas: HRZE
Dosis: 52

Fase de continuación
De la misma forma que el anterior, se anotarán las drogas recibidas y el total de dosis de la fase de continuación.
Ej: durante la Fase de Continuación, se recibieron Isoniacida y Rifampicina (HR), durante cuatro meses (cada mes se administran 26 dosis, una por día)
Drogas: HR
Dosis: 104

Administración del Tratamiento
Supervisado Fase 1: marcar con una "X"; Sí en el caso de realizar tratamiento directamente observado (TDO) o No, en caso ser autoadministrado; en la fase 1 (Inicial).
Supervisado Fase 2: marcar con una "X"; Sí en el caso de realizar tratamiento directamente observado (TDO) o No, en caso ser autoadministrado; en la fase 2 (Continuación).
Modalidades del TDO. (Administración del Tratamiento directamente observado
Si se marcó "Sí" en la sección anterior debe Marcar la Modalidad del TDO, correspondiente a la Fase del Tratamiento (Fase 1 y Fase 2) estos pueden ser:
En Servicio: cuando el/la paciente, acude al servicio para recibir su medicación.
Fuera del Servicio: cuando el personal de salud va hasta la casa del paciente para administrar la medicación.
En la Comunidad: cuando un promotor de salud, agente comunitario, líder de comunidad o alguna persona de la comunidad administra la medicación al paciente.
Responsable del tratamiento (Firma y sello): registrar la firma y sello del personal de salud que está encargado de administrar el tratamiento al paciente.
Teléfono: anotar el número de teléfono línea baja o celular del responsable.

Signos de intolerancia/RAFA
En esta sección, anotar los signos de RAFA que se observe o refiera el/la paciente (para ello, tener en cuenta la sección de RAFA de las Guías Nacionales de TB). Registrar también la fecha en la cual se presenta.
Resultado de Tratamiento (Colocar la fecha donde corresponda)
Se anotará la fecha en dd/mm/aa de acuerdo al Resultado de tratamiento, teniendo en cuenta las definiciones operacionales. Curado, Tratamiento completo, Fracaso al tratamiento, Fallecido, Pérdida en el seguimiento y/o Traslado.

Observación Importante
Este documento quedara en el Servicio de Salud donde el paciente realiza el tratamiento.

TESÃI HA TEKO PORÃVE
MOTENONDEÃMA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

Tratamiento																																Dosis/ Drogas Recibidas	Comprimido/ día	Peso	Control Clínico Bacteriológico			
Mes y Año	FASE INICIAL (1)																																		Baciloscopía		Cultivo	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				Resultado	Fecha	Resultado	Fecha
	FASE DE CONTINUACIÓN (2)																																					

Esquema de tratamiento Sensible			Nro. De meses:		Administración del tratamiento	Modalidades del TAES		Responsable del tratamiento (Firma y sello)
Fase Inicial	Drogas:				Supervisado Fase 1 Sí ◯ No ◯	En servicio		
	Dosis:					Fuera del servicio		
						En comunidad		
Fase de Continuación	Drogas:				Supervisado Fase 2 Sí ◯ No ◯	En servicio		Teléfono:
	Dosis:					Fuera del servicio		
						En comunidad		

Fecha	Signos de intolerancia / RAFA

Resultado de Tratamiento (Colocar la fecha donde corresponda)

- Curado:
- Tratamiento Completo:
- Fracaso al tratamiento:
- Pérdida en el Seguimiento:
- Fallecido:
- Traslado:

Formulario 3

TESÁI HA TEKO PORAVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

FORMULARIO 3

Informe Mensual de Casos de TB y Control del Tratamiento

Establecimiento de Salud: _____

Responsable: _____

Instructivo para el llenado del formulario Informe Mensual de Casos de TB y Control de Tratamiento. Formulario 3

Consideraciones Generales: *El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejerciendo presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados. Los datos registrados en el mismo son de notificación obligatoria.*

Este Formulario será llenado en el siguiente caso.
1.Cuando el Personal de Salud notifica a los casos de TB en seguimiento durante todo el ciclo del tratamiento del mismo.

Encabezado del Formulario
Región Sanitaria: Anotar el nombre de la Región Sanitaria, en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.
Distrito: Anotar el nombre del Distrito, en el cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: registrar el número que corresponde al Distrito.
Establecimiento: Anote el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención. Código: registrar el número que corresponde al establecimiento de salud.
Código: Registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.
Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que brinda el servicio al usuario.
Nro.de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que brinda el servicio (línea baja y/o celular)
Periodo del Informe: Anotar dd/mm/aa correspondiente al periodo del informe. (Desde/Hasta)
Nro.de Hoja: Anotar el número de hoja, que se inicia con el número "01" (uno) cuando se tenga casos de TB y deben ser reportados durante el tiempo que esté en tratamiento en el establecimiento de salud, el número de hoja será correlativo hasta el mes de diciembre, donde se cierra.

Análisis de Casos
Nro. Total de Casos TB: Anotar el número total de casos de TB (Nro. de Casos 1° Vez Informado y Nro. de Casos en Seguimiento) que se informan en el mes.
Nro. de Casos 1° Vez Informado: Anotar el número de casos que se informan por primera vez sea pulmonar o extrapulmonar. En el caso de aquellos que acaban de iniciar tratamiento (que debían ser notificados en la forma PTB 2 Ficha de Notificación de Casos de TB y seguimiento del Caso de TB.) o aquellos que son traslados de ingresos, remitidos por otro establecimiento de salud para su seguimiento en el servicio que informa.
Nro. de Casos en Seguimiento: Anotar el número de casos en seguimiento que vinieron informando los meses anteriores.
Nro. Resultado de Tratamiento: Anotar el número de pacientes que ya cuentan con resultado de tratamiento (alta/egreso) en el mes que se informa, para ello deberán tener en cuenta lo registrado en la columna 20 Resultados.

Cuerpo del formulario
N° (Columna 1): Anotar el número (N°) de orden, de los pacientes informados. Mes a mes inicia con el número "1" (uno).
N° de la Cédula de Identidad o Carné del Indígena (Columna 2): Anotar el número de cédula o carné del indígena, en caso de que no tenga y asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo. José Martínez González- 15 de febrero de 1973. JM150273. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día del mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.
Nombres y Apellidos (Columna 3): Anotar con letra legible el/los Nombre/s y Apellido/s del/la paciente con TB.
Fecha de Nacimiento (Columna 4): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del/la paciente con TB. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.
Sexo (Columna 5): Anotar la inicial del sexo del paciente: **M** (masculino) o **F** (femenino).
Clasificación Pulmonar/Extrapulmonar (Especificar) (Columna 6): Anotar la localización anatómica de la TB, colocar "**P**" si es Pulmonar y "**EP**" si es Extrapulmonar, en caso de ser extrapulmonar se debe especificar la localización. Ej: EP intestinal

DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO

Baciloscopía (Columna 7): Anotar en el espacio superior, el resultado de baciloscopía. **0** = no BAAR (Negativo), **(1-9)** = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), **+** = 10-99 BAAR/100 campos, **++** = 1-10 BAAR/50 campos, **+++** = >10 BAAR/20 campos. Y en el espacio inferior, indicar la **fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Cultivo (Columna 8): Anotar en el espacio superior, el resultado obtenido. **0** = reportado sin crecimiento, **(1-19)** = <20 colonias (reportar número de colonias); **+** = 20-100 colonias, **++**; >100 colonias; **+++** = innumerables o crecimiento cofluente; **(1-19)** = <20 colonias (reportar número de colonias); **+** = 20-100 colonias, **++**; >100 colonias; **+++** = innumerables o crecimiento cofluente; **CC**= Cuando el Cultivo es Contaminado. Y en el espacio, indicar la **fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Prueba de sensibilidad (Columna 9): Anotar en el espacio, el resultado de la Prueba de Sensibilidad, si es sensible con la/s sigla/s de la/s droga/s a la cual es sensible; si es Resistente anotar las sigla de la/s droga/s a la cual es resistente. **Sensible: "HZE" y en Resistente "R"**.
En el espacio inferior, indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
GeneXpert (Columna 10): En la celda superior, anotar el resultado del análisis en cuanto al GeneXpert. **T** = MTB detectado, Resistencia a rifampicina no detectada, **RR** = MTB detectada, Resistencia a rifampicina detectada, **TI** = MTB detectada, Resistencia a rifampicina indeterminada, **N** = MTB no detectada, **I** = inválido / sin resultados / error. En la celda inferior indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
No realizado (Columna 11): Marcar con una "X" en caso de que no se haya realizado ningún estudio de diagnóstico bacteriológico.
Otros Métodos de Diagnóstico (Columna 12): Registrar otros métodos que se haya realizado, ya sea este independiente al diagnóstico bacteriológico. **Ej.: Rx** (radiografías), **Tx** (tomografías), etc. Registrar esto en el espacio superior y en la inferior, la fecha en la cual se realizo el mencionado estudio.
Factor de riesgo (Columna 13): Anotar en el espacio superior, el código correspondiente al resultado el test de VIH, donde **0** (cero) es No Reactivo y **1** (uno) es Reactivo. En la celda inferior, indicar la **fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Tratamiento (Tto.)
Fecha de Inicio de Tto. (Columna 14): Registrar la fecha en dd/mm/aa que el/la paciente inició su tratamiento antibacilar.
Esquema de Tto. (Columna 15): Anotar el esquema de tratamiento (Tto.) que realiza el/la paciente. **S** (Esquema de TB Sensible), o **R** (Esquema de TB Resistente).
TDO/TAES (Columna 16): Anotar **Sí**, si el paciente está bajo un tratamiento directamente observado (TDO), indistintamente de la modalidad. Si se administra semanal o mensualmente, anotar **No**.
Historia de Tto. Previo (Columna 17): Anotar solo el código de acuerdo a la Historia de tratamiento (Tto.) previo del/la paciente con TB, **1.** Nuevo **2.** Recaída **3.** Fracaso al tratamiento **4.** Pérdida en el Seguimiento **5.** Otros pacientes previamente tratados **6.** Con historia desconocida de tratamiento previo.
Mes de Tto. (Columna 18): Anotar en la diagonal superior el mes de tratamiento en que se encuentra el paciente y en la diagonal inferior el número total de meses de tratamiento. Ejemplo: si el paciente se encuentra en su 3er. Mes de tratamiento, en un esquema sensible de 6 meses, anotar 3/6.
Baciloscopía o Cultivo de Control (Columna 19): anotar la baciloscopía o cultivo de control del paciente. Anotar en el espacio superior, el resultado de baciloscopía. **0** = no BAAR (Negativo), **(1-9)** = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), **+** = 10-99 BAAR/100 campos, **++** = 1-10 BAAR/50 campos, **+++** = >10 BAAR/20 campos. Y en el espacio inferior, indicar la **fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa. En el caso de Cultivo: Escribir la letra **C** y el resultado obtenido. **0** = reportado sin crecimiento, **(1-9)** = <10 colonias (reportar número de colonias), **+** = 10-100 colonias, **++** = >100 colonias, **+++** = innumerables o crecimiento confluente. Y en la celda **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Resultado de tratamiento.
Resultado (Columna 20): Anotar el número de código correspondiente al resultado del tratamiento del caso de TB. **1.** Curado **2.** Tratamiento Completo **3.** Fracaso al Tratamiento **4.** Pérdida en el Seguimiento **5**. Traslado **6.** Fallecido.
Fecha (Columna 21): Anotar la fecha en dd/mm/aa que es dado de alta el/la paciente.
Observaciones (Columna 22): Anotar cualquier observación sobre el tratamiento que al personal de salud le parezca relevante, principalmente, si el paciente cambió de dirección de residencia, también si se agrega otra clasificación de acuerdo a la localización anatómica de la enfermedad. Por ej., si el paciente inició con una TB extrapulmonar de localización ganglionar y luego se le diagnostica una TB pulmonar también.

Importante
El original debe ser remitido al PNCT, por cuanto se pondrá especial cuidado en el registro del mismo. El duplicado queda en el servicio y el triplicado en la RS (Región Sanitaria)

Fecha de remisión: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Remisión del Formulario del Nivel Local al Nivel Regional.
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.
Fecha de Recepción Nivel Distrital: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel distrital.
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.
Fecha de Recepción Nivel Regional: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel Regional.
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.
Fecha de Recepción PNCT: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción a Nivel Nacional (PNCT).
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.

TESÃI HA TEKO PORÃVE MOTENONDERA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

Formulario 3

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

Informe Mensual de Casos de TB y Control del Tratamiento

Región Sanitaria:_____ **Código:**_____
Distrito:_____ **Código:**_____
Establecimiento:_____ **Código:**_____
Responsable:_____ **Nro. de Teléfono:**_____
Periodo del Informe del: _____/_____/_____ hasta:_____/_____/_____ **Nro.de Hoja:**_____

Análisis de Casos

Nro. Total de Casos TB:_____
Nro. Casos 1° Vez Informado:_____
Nro. Casos en Seguimiento:_____
Nro. Resultado de Tratamiento (Col. 20):_____

PACIENTES EN TRATAMIENTO DURANTE EL MES

N°	N° de la Cédula de Identidad o Carné del Indígena	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Sexo	Clasificación Pulmonar / Extra Pulmonar (Especificar).	DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO ANOTAR: Espacio Superior: Resultado Espacio Inferior: Fecha del resultado					Otros Métodos de Diagnóstico	Factor de Riesgo (*)	Tratamiento (Tto.)				Mes de Tto.	BACILOSCOPÍA O CULTIVO DE CONTROL ANOTAR: Espacio superior: Resultado. Espacio inferior: fecha del resultado	Resultado de tratamiento		Observación
						Baciloscopía	Cultivo	Prueba de Sensibilidad	GeneXpert	No realizado			Fecha de Inicio de Tto.	Esquema de Tto.	TDO TAES	Historia de Tto. Previo (**)			Resultado (***)	Fecha	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Original: PNCT - Duplicado: Servicio de Salud - Triplicado: Región Sanitaria

Factor de Riesgo (*): 0. No Reactivo 1. Reactivo 3. Sin Dato 4.PVIH
Historia de Tratamiento Previo (**): 1. Nuevo 2. Recaída 3 Fracaso al tratamiento 4. Pérdida en el Seguimiento 5. Otros pacientes previamente tratados 6. Con historia desconocida de tratamiento previo
Resultados del tratamiento (***): 1. Curado 2. Tratamiento Completo 3.Fracaso al Tratamiento 4. Pérdida en el Seguimiento 5. Traslado 6. Fallecido

Fecha de remisión / / Fecha de Recepción Nivel Distrital / / Fecha de Recepción Nivel Regional / / Fecha de Recepción PNCT / /

Firma y Sello _____ Firma y Sello _____ Firma y Sello_____ Firma y Sello _____

Formulario 4

Instructivo para el llenado del Formulario de Control de Contactos y Quimioprofilaxis. Formulario 4

Consideraciones Generales: *El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejerciendo presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados. Los datos registrados en el mismo son de notificación obligatoria.*
Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

1. Cuando el Personal de Salud investiga a los contactos de TB intra o extra domiciliario.
2. Cuando el contacto de TB o el/la paciente realiza quimioprofilaxis.

Encabezado del Formulario:

Región Sanitaria: Anotar el nombre de la Región Sanitaria, en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: Anotar el número de código correspondiente a la Región Sanitaria.
Distrito: Anotar el nombre donde está ubicado el establecimiento de salud y en Código el número de código correspondiente al Distrito.
Establecimiento: Anotar el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención. Anotar al lado en Código, el número de código correspondiente al servicio de salud.
Código: Anotar el número de código correspondiente a la Región Sanitaria.
Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que brinda el servicio al usuario.
Nro.de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que brinda el servicio (línea baja y/o celular)
Periodo del Informe: Anotar dd/mm/aa correspondiente al periodo del informe. (Desde/Hasta)
Nro. de hoja: Anotar en números correlativos empezando por el 01, que sería la primera hoja notificada en el servicio. Esto será correlativo hasta finalizar el año.

Cuerpo del formulario.
N° (columna 1): Anotar los números en forma correlativa de acuerdo al orden en que se atienden a los contactos de pacientes con TB. El contacto que ya posee un número de orden, mantendrá el mismo durante todo el periodo de investigación.
Nombres y Apellidos del Paciente con Tuberculosis (columna 2): Escribir el/los nombres del/la paciente con tuberculosis de quien es contacto.
En caso de no tener un contacto de TB, escribir NA (No Aplica)
Fecha de Control del Contacto (columna 3): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de identificación y/o visita e del contacto del caso de TB.
N° de la Cédula de Identidad o Carné del Indígena del contacto (columna 4): Anotar el número de cédula de identidad ó el número de Carné del indígena. Y en el caso de que no tenga número de documento asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo. José Martínez González- 15 de febrero de 1973. JM150273. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.
Nombres y Apellidos del Contacto (columna 5): Anotar con letra legible el/los Nombre/s y Apellido/s del contacto del paciente con tuberculosis o paciente que recibe quimioprofilaxis.
Etnia (columna 6): Anotar la Etnia si el contacto del paciente con tuberculosis es indígena (Aché, Avá Guaraní, Ayoreo,Mbyá, Maká, etc.). Si no es Indígena escriba NA (No aplica).
Fecha de Nacimiento (columna 7): Anotar la fecha: día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del contacto o paciente que recibe quimioprofilaxis. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.
Edad (columna 8): Anotar la edad del contacto o paciente que recibe quimioprofilaxis, en años cumplidos.
Sexo (columna 9): Anotar la inicial del sexo del contacto o paciente que recibe quimioprofilaxis. M (masculino) o F (femenino).
Barrio, Compañía, Asentamiento o Comunidad Indígena (columna 10): Escribir el nombre del Barrio, Compañía, Asentamiento o Comunidad Indígena en el que reside el contacto de paciente con tuberculosis o paciente que recibe quimioprofilaxis.
Calle/ N° de Casa/Referencia (columna 11): Anotar el/los nombre/s de la/s Calle/s y el N° de casa y el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio del contacto de paciente con tuberculosis o paciente que recibe quimioprofilaxis.
N° Telefónico (columna 12): Anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) del contacto de paciente con tuberculosis o paciente que recibe quimioprofilaxis o de algún referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el mismo.
Nro. Seguimiento de Contacto (columna 13): Anotar el número de visita realizada para el estudio de contacto de paciente con tuberculosis o paciente que recibe quimioprofilaxis. Según Normas como mínimo realizar 6 estudios de contacto en un periodo de 2 años. (Ver Guía Nacional de TB)
Cicatriz de BCG (columnas 14): Anotar Sí, si se observa en el contacto del caso de TB o paciente que recibe quimioprofilaxis la presencia de cicatriz de BCG, y No en caso de no observar la cicatriz.
Examen Clínico (columnas 15): Anotar Sí, si se realiza examen o chequeos clínicos al contacto del caso de TB o paciente que recibe quimioprofilaxis, y No en caso de no haber realizado.
SR (columnas 16): Anotar **Si**, en el caso que el contacto de TB o paciente que recibe quimioprofilaxis sea un Sintomático Respiratorio (SR) y **No** en caso de no ser un SR.
BK (columnas 17): Anotar en el espacio superior el Resultado de Baciloscopía. **0** = no BAAR (Negativo), **(1-9)** = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), **+** = 10-99 BAAR/100 campos, **++** = 1-10 BAAR/50 campos, **+++** = >10 BAAR/20 campos. En el espacio inferior indicar la **Fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Cultivo (columnas 18): Anotar en el espacio superior el Resultado de Cultivo. **0** = reportado sin crecimiento, **(1-19)** = <20 colonias (reportar número de colonias), **+** = 10-100 colonias, **++** = >100 colonias, **+++** = innumerables o crecimiento confluente, **CC**= Cuando el cultivo es contaminado. Y en el espacio inferior **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
RX (columnas 19): Anotar en el espacio superior el Resultado de la RX (Radiografía). Y en el espacio inferior **Fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa. Sugestivo o NO con TB
GeneXpert (columnas 20): Anotar en el espacio superior el Resultado del GeneXpert. **T** = MTB detectado, Resistencia a rifampicina no detectada, **RR** = MTB detectada, Resistencia a rifampicina detectada, **TI** = MTB detectada, Resistencia a rifampicina indeterminada, **N** = MTB no detectada, **I** = inválido / sin resultados / error. Y en el espacio inferior indicar la **fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Caso TB (columna 21): Anotar **Sí**, en el caso que se confirme un caso de TB en el contacto de TB investigado, y **No** en caso de no ser un Caso de TB.
Factor de Riesgo (columna 22): Anotar el resultado del test rápido con los siguientes códigos: **0**: No Reactivo, **1**: Reactivo, **2**: Sin Datos (en el caso de desconocer el resultado), **3**.PVIH: En el caso de ser paciente con VIH.
Quimioprofilaxis
Sí/No (columna 23): Anotar **Sí**, el contacto del caso de TB o paciente recibe quimioprofilaxis, y **No** en caso de no haber recibido.
Fecha de inicio QP (columna 24): Anotar la Fecha de inicio **QP** (Quimioprofilaxis) en dd/mm/aa.
Mes de QP (columna 25): Anotar el número de meses que está recibiendo la quimioprofilaxis (QP).
Observación (columna 26): En la columna observación se debe anotar cualquier dato relevante del paciente o contacto. Ejemplo: Otros estudios adicionales (PPD) Motivo por el cual recibe QP, si se extendió la cantidad de meses de la QP, si el mismo se mudo o se traslado a otro lugar, si falleció, etc.

Análisis.
Nro. Total de Contactos Investigados: Anotar el número (Nro.) total de contactos investigados. (Sumatoria de Nro. Contactos 1° Vez Informado y Nro. Contactos en Seguimiento)
Nro. Contactos 1° Vez Informado: Anotar el número (Nro.) de contactos investigados por primera vez.
Nro. Contactos en Seguimiento: Anotar el número (Nro.) de contactos en seguimiento.
Nro. Total de Quimioprofilaxis: Anotar el número (Nro.) de pacientes que realizan quimioprofilaxis.

Importante. El original debe ser remitido al PNCT, por cuanto se pondrá especial cuidado en el registro del mismo. El duplicado, quedara en el Servicio de Salud para el cargado de los datos en el sistema experto de TB y el Triplicado quedara en la Región Sanitaria.

Fecha de remisión: Anotar la fecha en día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Remisión del Formulario del Nivel Local al Nivel Regional.
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración. Colocar el sello de la institución.
Fecha de Recepción Nivel Regional: Anotar la fecha en día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel Regional.
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración. Colocar el sello de la institución.
Fecha de Recepción PNCT: Anotar la fecha en día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción al Nivel Nacional (PNCT).
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración. Colocar el sello de la institución.

TESÃI HA TEKO PORÃVE
MOTENONDEÃRA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

Formulario 4

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

Formulario de Control de Contactos y Quimioprofilaxis

Región Sanitaria:_____ **Código:**_____
Distrito:_____ **Código:**_____
Establecimiento:_____ **Nro. de Teléfono:**_____
Responsable:_____ **Nro.de Hoja:**_____
Periodo del Informe del: ____/____/_____ hasta: ____/____/_____

Análisis

Nro. Total de Contactos Investigados:_____
Nro. Contactos 1º vez informado:_____
Nro. Contactos en seguimiento:_____
Nro. Total de Quimioprofilaxis:_____

N°	Nombres y Apellidos del Paciente con Tuberculosis	Fecha de Control del Contacto	N° de Cédula de Identidad o Carné del Indígena	Nombres y Apellidos del Contacto	Etnia	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Residencia habitual			Nro. Seguimiento de Contacto	Cicatriz de BCG	Examen Clínico	SR	BK	Cultivo	RX	Gene Xpert	Caso TB	Factor de Riesgo (*)	Quimioprofilaxis			Observaciones
									Barrio, Compañía, Asentamiento o Comunidad Indígena	Calle/ N° de Casa/ Referencia	N° Telefónico					Resultado y Fecha	Resultado y Fecha	Resultado y Fecha	Resultado y Fecha			Sí/ No	Fecha de inicio QP	Mes de QP	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Factor de Riesgo (*): 0. No Reactivo 1.Reactivo 2. Sin Datos 3.PVIH

Original: PNCT. - Duplicado: Servicio de Salud - Triplicado: Región Sanitaria

Fecha de remisión / /

Fecha de Recepción Nivel Distrital / /

Fecha de Recepción Nivel Regional / /

Fecha de Recepción PNCT / /

Firma, aclaración y sello de la Institución

Firma, aclaración y sello de la Institución

Firma, aclaración y sello de la Institución

Firma, aclaración y sello de la Institución

Formulario 5

Instructivo para el llenado del Consolidado de Tuberculosis. Formulario 5

Consideraciones Generales: *El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejerciendo presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados.*

Encabezado del Formulario:

Región Sanitaria: Anotar el nombre de la Región Sanitaria, en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.
Distrito: Anotar el nombre del Distrito, en el cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: registrar el número que corresponde al Distrito.
Establecimiento: Anote el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención. Código: registrar el número que corresponde al establecimiento de salud.
Código: Registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.
Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que brinda el servicio al usuario.
Nro.de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que brinda el servicio (línea baja y/o celular)
Periodo del Informe: Anotar dd/mm/aa correspondiente al periodo del informe. (Desde/Hasta)
Nro.de Hoja: Anotar el número de hoja, que se inicia con el número "01" (uno) cuando se tenga casos de TB y deben ser reportados durante el tiempo que esté en tratamiento en el establecimiento de salud, el número de hoja será correlativo hasta el mes de diciembre, donde se cierra.

Cuerpo del formulario
El cuerpo del formulario se divide de la siguiente forma: en la primera columna están dispuestos todos los indicadores y en las columnas siguientes se dividen en celdas que corresponderían a los datos de acuerdo al nivel de atención que informa.

INFORMACIÓN IMPORTANTE: El documento debe ser llenado a Nivel Local, Distrital y Regional de la siguiente manera:
Servicio de salud local
Registrar en la primera columna y en la última de Total el mismo número de SR o Casos (de acuerdo a lo que se solicite en cada indicador) del mes que se informa.
Distrito
Registrar en la primera columna, los datos pertenecientes al servicio distrital, HD (Hospital Distrital) o CS (Centro de Salud) al cual pertenece. En las columnas subsiguientes, los datos que se reciben de los diferentes servicios de Salud con que cuenta el distrito. Para esto, se anotará el nombre de los servicios y debajo de éstos los números que se solicitan por cada indicador del mes que se informa.
Esta información se obtendrá a partir de los informes enviados por cada servicio de salud.
Región Sanitaria
Registrar en la primera columna, los datos pertenecientes a HR (Hospital Regional) si hubiere dentro de la R. Sanitaria. En las columnas subsiguientes, los datos que se reciben de los diferentes distritos con que cuenta la Región Sanitaria. Para esto, se anotará el nombre de los distritos y debajo de éstos los números que se solicitan por cada indicador del mes que se informa.
Esta información se obtendrá a partir de los informes enviados por cada distrito de salud, donde se anotará lo que se registró en la columna Total donde se encuentra la sumatoria de todos los servicios.
INDICADORES
Detección de SR (Sintomático Respiratorio)
SR Esperados: Anotar el número de SR que se esperan para ese mes, lo cual está consignado en la Programación anual de TB que se realiza a comienzo de año, para cada servicio.
SR Identificados: Anotar el número de SR que se han identificado por el servicio, sean éstos de la zona o fuera de zona. Los identificados son aquellos que han sido captados por el servicio, independientemente de si se les ha tomado muestras o no.
SR Examinados: Anotar el número de SR que se han examinado por el servicio. Los SR identificados son aquellos a los que se les ha realizado la baciloscopía.

CASOS DE TB NUEVOS.
Determina el número de casos nuevos de TB.
TB Pulmonar: Registrar los indicadores de:
BK (+) Esperados: Anotar los BK (+) esperados para ese mes, de acuerdo a la Programación anual de TB.
BK (+) Identificados: Anotar el número de BK (+) que se han identificado por el servicio, sean éstos de la zona o fuera de zona.
BK (-) Esperados: Anotar los BK (-) esperados para ese mes, de acuerdo a la Programación anual de TB.
BK (-) Identificados: Anotar los BK (-) identificados por el servicio, sean estos de la zona o fuera de zona
TB Extrapulmonar
Esperados: Anotar los casos de TB Extrapulmonar esperados para ese mes, de acuerdo a la Programación anual de TB.
Identificados: Anotar los casos de TB Extrapulmonar que se han identificado por el servicio, sean éstos de la zona o fuera de zona.
Casos de TB Nuevos Totales Esperados: Anotar el número de casos de TB Nuevos Totales Esperados, de acuerdo a la Programación Anual de TB.
Casos de TB Nuevos Identificados: Anotar los casos de TB Nuevos que se han identificado por el servicio, sean éstos de la zona o fuera de zona.

CASOS DE TB RETRATADOS
Determina el número de retratamientos (R) por recaída y pérdida de seguimiento.
Casos de TB Retratados Totales Esperados: Anotar el número de casos de TB Retratados Totales Esperados, de acuerdo a la Programación Anual de TB.
Casos de TB Retratados Identificados: Anotar los casos de TB Retratados que se han identificado por el servicio, sean éstos de la zona o fuera de zona.
CASOS TOTALES DE TB ESPERADOS: Anotar el total de casos de TB Esperados (Nuevos mas Retratados), de acuerdo a la Programación Anual de TB.
CASOS TOTALES DE TB IDENTIFICADOS: Anotar el total de casos de TB Identificados (Nuevos mas Retratados), por el servicio, sean éstos de la zona o fuera de zona.

CULTIVOS Y GENEXPERT.
CULTIVOS NUEVOS.
Cultivos Esperados: Anotar el número de cultivos de los casos de TB nuevos esperados para el mes que se reporta (este dato ya se encuentra especificado en la programación Anual de TB)
Cultivos Realizados:
Cultivos Positivos: Anotar el número de cultivos positivos, cuyos resultados se hayan recibido en ese mes.
Cultivos Negativos: Anotar el número de cultivos negativos, cuyos resultados se hayan recibido en ese mes.
CULTIVOS RETRATADOS.
Cultivos Esperados: Anotar el número de cultivos de los casos de TB retratados esperados para el mes que se reporta (este dato ya se encuentra especificado en la programación Anual de TB)
Cultivos Realizados:
Cultivos Positivos: Anotar el número de cultivos positivos, cuyos resultados se hayan recibido en ese mes.
Cultivos Negativos: Anotar el número de cultivos negativos, cuyos resultados se hayan recibido en ese mes.

GENE XPERT.
Gene Xpert Realizados
MTB No Detectado: Anotar el número de los Gene Xpert realizados en el mes, se anotarán aquí aquellos cuyo resultado haya salido negativo, o mejor dicho MTB No detectado (no se ha detectado Micobaterium TB)
MTB Detectado, Rif sensible: Anotar el número de los Gene Xpert realizados en el mes, se anotarán aquí aquellos cuyo resultado hayan salido MTB Detectado y son sensibles a la Rifampicina.
MTB Detectado, Rif resistente: Anotar el número de los Gene Xpert realizados en el mes, se anotarán aquí aquellos cuyo resultado hayan salido MTB Detectado y son sensibles a la Rifampicina.

CONTACTOS
Contactos Esperados: si se han registrado casos de TB durante el mes que se informa, para Contactos Esperados, tendremos en cuenta lo siguiente: se calcularán 4 contactos por cada caso de TB. Ejemplo: si el servicio diagnosticó 1 (un) caso de TB Pulmonar BK (+), se espera que se evalúen a 4 contactos por ese paciente.
Contactos Identificados: Anotar el número de contactos que han sido evaluados y registrados en el Formulario.
TRASLADOS (INGRESOS): Anotar los ingresos en el mes de los Casos de TB trasladados a su Servicio de Salud en ese mes. Se aplica para aquellos casos en los que el servicio recibe pacientes que ya han sido diagnosticados o a los cuales ya se les ha iniciado tratamiento, para que se les realice seguimiento en ese servicio que les queda más cercano.
Casos de TB: Anotar la sumatoria de los casos de TB diagnosticados por el servicio, más los traslados de ingresos.
Casos de TB con Test rápido para VIH: Anotar el número de los pacientes con test de VIH realizado.

Detección de SR Año
Nivel Local
Se consignarán datos de los SR acumulados hasta la fecha de informe. Ej.: si se informa el consolidado en el mes de junio, en el acumulativo aparecerá la suma de los indicadores: SR Esperados Acumulativo, SR Identificados Acumulativo, SR Examinados Acumulativo; de enero a junio, con su respectivo porcentaje.
Nivel Distrital
Se consignarán datos de los SR acumulados hasta la fecha de informe del total distrital. Ej.: si se informa el consolidado en el mes de junio del total del distrito, en el acumulativo aparecerá la suma de los indicadores: SR Esperados Acumulativo, SR Identificados Acumulativo, SR Examinados Acumulativo; de enero a junio, con su respectivo porcentaje.
Nivel Regional
Se consignarán datos de los SR acumulados hasta la fecha de informe del total regional. Ej.: si se informa el consolidado en el mes de junio del total de cada distrito, en el acumulativo aparecerá la suma de los indicadores: SR Esperados Acumulativo, SR Identificados Acumulativo, SR Examinados Acumulativo; de enero a junio, con su respectivo porcentaje.

Nota: Procedimiento de envío.
Nivel Local: El original debe ser remitido al Distrito, el duplicado queda en el servicio.
Nivel Distrital: Consolidar los datos de los servicios de Salud pertenecientes al Distrito. El original y duplicado enviar a Nivel Regional, el triplicado queda en el Servicio.
Nivel Regional: Consolida los datos de los Distritos pertenecientes a la Región. El Original Envía al Nivel Nacional acompañado del original de los Distritos. En la Región queda el duplicado de los Distritos y el de la Región.

Fecha de remisión: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Remisión del Formulario del Nivel Local al Nivel Regional.
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable, Aclaración y sello personal. Colocar el sello de la institución.
Fecha de Recepción Nivel Distrital: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel distrital.
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.
Fecha de Recepción Nivel Regional: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel Regional.
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.
Fecha de Recepción PNCT: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción a Nivel Nacional (PNCT).
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.

TESÃI HA TEKO PORAVE MOTENONDEMA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

Formulario 5

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

Consolidado de Tuberculosis

Región Sanitaria_____ **Código** _____
Distrito_____ **Código** _____
Establecimiento_____ **Código** _____
Responsable_____ **Nro. de Teléf.** _____
Periodo del Informe del: ____/____/_____hasta:____/____/_____ **Nro. de Hoja** _____

Indicadores			Servicios de Salud										
													TOTAL
Detección de SR													
SR Esperados													
SR Identificados													
SR Examinados													
Casos de TB													
Casos de TB Nuevos	TB Pulmonar	BK (+) Esperados											
		BK (+) Identificados											
		BK (-) Esperados											
		BK (-) Identificados											
	TB Extrapulmonar	Esperados											
		Identificados											
	Casos de TB Nuevos Totales Esperados												
	Casos de TB Nuevos Totales Identificados												
Casos de TB Retratados	Casos de TB Retratados Totales Esperados												
	Casos de TB Retratados Totales Identificados												
Casos totales de TB Esperados													
Casos totales de TB Identificados													
Cultivos y GeneXpert													
Cultivos Nuevos	Cultivos Esperados												
	Cultivos Realizados	Cultivos Positivos											
		Cultivos Negativos											
Cultivos Retratados	Cultivos Esperados												
	Cultivos Realizados	Cultivos Positivos											
		Cultivos Negativos											
Gene Xpert	Gene Xpert Realizados	MTB No Detectado											
		MTB Detectado, Rif sensible											
		MTB Detectado, Rif resistente											
Contactos													
Contactos Esperados													
Contactos Identificados													
Traslados (ingreso)													
Casos de TB													
Casos de TB con Test rapido para VIH													

Detección de SR Año	Nro.	%
SR Esperados Acumulativo		
SR Identificados Acumulativo		
SR Examinados Acumulativo		

Nivel Local: El original debe ser remitido al Distrito, el duplicado queda en el servicio.
Nivel Distrital: Consolidar los datos de los servicios de Salud pertenecientes al Distrito. El original y duplicado enviar a Nivel Regional, el triplicado queda en el Servicio.
Nivel Regional: Consolida los datos de los Distritos pertenecientes a la Región. El Original Envía al Nivel Nacional acompañado del original de los Distritos. En la Región queda el duplicado de los Distritos y el de la Región.

Distrito
Original: PNCT
Duplicado: Región Sanitaria
Triplicado: Nivel Distrital

Fecha de Remisión Nivel Local / /
Firma y Sello _____

Fecha de Recepción Nivel Distrital / / Fecha de Recepción Nivel Regional / / Fecha de Recepción Nivel PNCT / /

Firma y Sello _____ Firma y Sello _____ Firma y Sello _____

Formulario 6

Instructivo para el llendo del Formulario de Registro de Laboratorio Bacteriológico.
Formulario 6

Consideraciones Generales: *El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejerciendo presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados. Los datos registrados en el mismo son de notificación obligatoria.*

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.
1. Cuando el Personal del Laboratorio realice los estudios solicitados para el Diagnostico de Tuberculosis.
2. Cuando el Personal del Laboratorio realice los Controles de Seguimiento de los casos de Tuberculosis.

Encabezado del Formulario:
Región Sanitaria: Anotar el nombre de la Región Sanitaria, en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.
Distrito: Anotar el nombre del Distrito, en el cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: registrar el número que corresponde al Distrito.
Establecimiento: Anote el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención. Código: registrar el número que corresponde al establecimiento de salud.
Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que brinda el servicio al usuario.
Nro.de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que brinda el servicio (línea baja y/o celular)
Periodo del Informe: Anotar dd/mm/aa correspondiente al periodo del informe. (Desde/Hasta)
Nro.de Hoja: Anotar el número de hoja, que se inicia con el número "01" (uno) cuando se tenga casos de TB y deben ser reportados durante el tiempo que esté en tratamiento en el establecimiento de salud, el número de hoja será correlativo hasta el mes de diciembre, donde se cierra.

Cuerpo del formulario.
N° (columna 1): Anotar los números en forma correlativa de acuerdo al orden en que se examinan las muestras. Inicie con N°1 la primera muestra examinada desde el primer día del inicio del año y continuar correlativamente hasta finalizar el año (31 de diciembre). Por cada material examinado se debe tener un número de orden diferente.
Fecha de Toma de Muestra (columna 2): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de toma de muestra.
Fecha de Recepción de Muestra (columna 3): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la recepción de la muestra en el laboratorio.
N° de la Cédula de Identidad o Carné del Indígena (columna 4): Anotar el número de cédula de identidad ó el número de Carné del indígena. Y en el caso de que no tenga numero de documento asignar un Código utilizando las iníciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo. José Martínez González- 15 de febrero de 1973. JM150273. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.
Nombres y Apellidos (columna 5): Anotar con letra legible el/los Nombre/s y Apellido/s de el/la paciente a quien pertenece la muestra.
Etnia (columna 6): Anotar la Etnia en el caso que el/la paciente sea indígena (Aché, Avá Guaraní, Ayoreo,Mbyá, Maká, etc.). Si no es Indígena escriba NA (No aplica).
Edad (columna 7): Anotar la edad de el/la paciente en años cumplidos.
Sexo (columna 8): Anotar la inicial del sexo de el/la paciente. M (masculino) o F (femenino).
Servicio de Salud que envía la Muestra (columna 9): Anotar el Código y el especificar el nombre del servicio de salud que remite la muestra: 1. MSPyBS (especificar); 2. Hospital de Clínicas; 3. Sanidad Militar (especificar); 4. Sanidad Policial (especificar); 5. IPS (especificar); 6. Penitenciaría (especificar).
Tipo de Muestra (columna 10): Anotar el código según el tipo de muestra. 1. Esputo, 2. LCR, 3. Orina, 4.Secreción (Especificar), 5.Heces, 6. Otros (Especificar).
Aspecto del Esputo (columna 11): Anotar el código según el aspecto del esputo. 1. Saliva; 2. Mucopurulenta; 3. Mucosa; 4. Hemóptico 5. Licuado; 6. Lámina; 7. NA
Baciloscopía de Diagnóstico: En las columnas 12 al 14 se utilizará solo en el caso de Diagnóstico.
1ra. (columna 12): Anotar en el espacio superior el Resultado de Baciloscopía de la primera muestra. **0** = no BAAR (Negativo), **(1-9)** = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), **+** = 10-99 BAAR/100 campos, **++** = 1-10 BAAR/50 campos, **+++** = >10 BAAR/20 campos. En la celda inferior indicar la Fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
2da. (columna 13): Anotar en el espacio superior el Resultado de Baciloscopía de la segunda muestra. **0** = no BAAR (Negativo), **(1-9)** = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), **+** = 10-99 BAAR/100 campos, **++** = 1-10 BAAR/50 campos, **+++** = >10 BAAR/20 campos. En el espacio indicar la Fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
3er. (columna 14): Anotar en el espacio superior el Resultado de Baciloscopía de la tercera. **0** = no BAAR (Negativo), **(1-9)** = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), **+** = 10-99 BAAR/100 campos, **++** = 1-10 BAAR/50 campos, **+++** = >10 BAAR/20 campos. En el espacio inferior indicar la Fecha del resultado de la prueba en Baciloscopia de Control
Las columnas 15 y 16 solo se completa en caso de control de los casos de Tuberculosis.
Mes de Tto. (columna 15): Anotar en la diagonal superior el mes de tratamiento en que se encuentra el paciente y en la diagonal inferior el número total de meses de tratamiento. Ejemplo: si el paciente se encuentra en su 3er. Mes de tratamiento, en un esquema sensible de 6 meses, anotar 3/6.
Resultado y Fecha (columna 16): Anotar en el espacio superior el Resultado de Baciloscopía. **0** = no BAAR (Negativo), **(1-9)** = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), **+** = 10-99 BAAR/100 campos, **++** = 1-10 BAAR/50 campos, **+++** = >10 BAAR/20 campos. En el espacio inferior indicar la Fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Cultivo.
Resultado y Fecha (columna 17): Anotar en el espacio superior el resultado obtenido en el cultivo. **0** = reportado sin crecimiento, **(1-9)**= <20 colonias (reporta número de colonias); **+**=20-100 colonias, **++**; >100 colonias; **+++**= innumerables o crecimiento cofluente; **CC =** Cuando el Cultivo es Contaminado. Y en la celda Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Factor de Riesgo (columna 18): Anotar el resultado del test del test rápido con los siguientes códigos. **0**: No Reactivo, **1**: Reactivo, **3**: Sin Dato (en el caso de desconocer el resultado), **4.**PVIH: En el caso de ser paciente con VIH.
Observación (columna 19): En la columna observación se debe anotar cualquier dato relevante. Ejemplo:
LCSP
Registrar resultado de Tipificación: Anotar el Resultado de Tipificación (MTB (Mycobacterium tuberculosis) o NoMTB (No Mycobacterium tuberculosis). Y en el espacio inferior indicar la Fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Registrar resultado de PSD (Prueba de sensibilidad): Anotar el Resultado de PSD (Prueba de sensibilidad) registar Sensible anotar las iniciales o nomenclaturas de la/s droga/s a la cual es sensible y Resistente anotar las iniciales o nomenclaturas de la/s droga/s a la cual es resistente. Ejemplo: en la casilla Sensible: "HZE" y en Resistente "R". Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

LCSP y Laboratorio de Alto Paraná
Registrar resultado de GeneXpert: Anotar el Resultado del GeneXpert. T = MTB detectado, Resistencia a rifampicina no detectada, RR = MTB detectada, Resistencia a rifampicina detectada, TI = MTB detectada, Resistencia a rifampicina indeterminada, N = MTB no detectada, I = inválido / sin resultados / error. Y Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Importante. El original debe ser remitido al PNCT, por cuanto se pondrá especial cuidado en el registro del mismo. El duplicado, quedara en el servicio de salud y el Triplicado quedara en la Región Sanitaria, para el cargado de los datos en el sistema experto de TB.

Fecha de remisión: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Remisión del Formulario del Nivel Local al Nivel Regional.
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.
Fecha de Recepción Nivel Distrital: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel Distrital.
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.
Fecha de Recepción Nivel Regional: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel Regional.
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.
Fecha de Recepción PNCT: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción a Nivel Nacional (PNCT).
Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.

TESÃI HA TEKO PORÃVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

Formulario 6

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

Registro de Laboratorio Bacteriológico

Región Sanitaria:_____ **Código:**_____

Distrito:_____ **Código:**_____

Establecimiento:_____ **Código:**_____

Responsable:_____ **Nro. de Teléfono:**_____

Periodo del Informe del: / / **hasta:** / / **Nro. de Hoja:**

N°	Fecha de Toma de Muestra	Fecha de Recepción de Muestra	N° de la Cédula de Identidad o Carné indígena	Nombres y Apellidos	Etnia	Edad	Sexo	Servicio de Salud que envía la Muestra(*)	Tipo de Muestra (**)	Aspecto del Esputo (***)	Baciloscopía de Diagnóstico			Baciloscopia de Control		Cultivo	Factor de Riesgo (****)	Observaciones
											Fechas y Resultados			Mes de Tto.	Resultado y Fecha	Resultado y Fecha		
											1ra	2da	3ra					
											Resultado y Fecha	Resultado y Fecha	Resultado y Fecha					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Código del Servicio de Salud que envía el material (*): 1. MSPyBS (especificar); 2. Hospital de Clínicas; 3. Sanidad Militar (especificar); 4. Sanidad Policial (especificar); 5. IPS (especificar); 6. Penitenciaría (especificar); 7. Servicios de Salud Privados (especificar); 8. Otros (especificar)

Tipo de Muestra (**): 1. Esputo, 2. LCR, 3. Orina, 4.Secreción (Especificar), 5.Heces, 6. Otros (Especificar)

Aspecto del Esputo (***): 1. Saliva; 2. Mucopurulenta; 3. Mucosa; 4. Hemóptico 5. Licuado; 6. Lámina

Código de Factor de Riesgo (****): 0: No reactivo; 1: Reactivo; 2: S/D; 3: PVIH

Xpert MTB-Rif: LCSP y Laboratorio de Alto Paraná registran resultado en Observaciones

Original: PNCT.
Duplicado: Servicio de Salud
Triplicado: Región Sanitaria

Fecha de remisión / / **Firma y Sello** _____

Fecha de Recepción Nivel Distrital / / **Firma y Sello** _____

Fecha de remisión / / **Firma y Sello** _____

Fecha de Recepción Nivel Regional / / **Firma y Sello** _____

Fecha de Recepción PNCT / / **Firma y Sello** _____

Instructivo para el llenado del Carné del Paciente

Consideraciones Generales: *El presente carné debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados. Este documento se entregará al paciente.*

Este Formulario será llenado en el siguiente caso:
1. Cuando el Personal de Salud ingresa al caso de TB para el TDO (Tratamiento Directamente Observado) sea este diagnosticado en el servicio o trasladado (ingreso).

ANVERSO (Lado derecho)
Nombre (s) y Apellido (s): Anote el nombre/s y apellido/s completo del/la paciente.
Documento de Identificación: Anotar el número de cédula o carné del indígena, en caso de que no tenga y asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo. José Martínez González- 15 de febrero de 1973. JM150273. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día del mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.
Edad: Anotar la edad del/la paciente, en años cumplidos.
Sexo: anote según corresponda: sexo M (masculino) o F (femenino)
Región Sanitaria: Escribir el nombre de la Región Sanitaria en el que habitualmente reside el/la paciente. Distrito /Ciudad: Escribir el nombre del Distrito y/o Ciudad, en el que habitualmente reside el/la paciente.
Barrio/Compañía/Com. Indígena: Escribir el nombre del barrio, compañía, asentamiento o comunidad indígena en el que reside el/la paciente.
Calle y Nro. de Casa: Anotar el/los nombre/s de la/s calle/s y el Nro. de casa en el que reside el/la paciente o Nro. de departamento en caso que resida en un edificio.
Nro. de teléfono: Anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) de el/la paciente ó de algún referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el paciente.
Localización anatómica: Marcar con una "X" en la localización anatómica de la enfermedad sea esta Pulmonar o Extrapulmonar. En el caso de ser Extrapulmonar Especificar: anotando la localización de la misma.
Bacteriología
En las siguientes casillas transcribir puntualmente los resultados recibidos del Laboratorio y fecha de lectura del mismo.
En las casillas correspondientes, Anotar los resultados y fechas:
Tipo de muestra: Anotar en la celda el tipo de muestra que se envió al laboratorio. Esputo - LCR -Orina - Secresión - Heces - Biopsia
Baciloscopía: Anotar en la celda superior, el resultado de baciloscopía. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos.
Y en la celda inferior, Fecha, indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Cultivo: Anotar en la celda superior, el resultado obtenido. 0 = reportado sin crecimiento, (1-9) = <10 colonias (reportar número de colonias), + = 10-100 colonias, ++ = >100 colonias, +++ = innumerables o crecimiento confluente. Y en la celda inferior, Fecha, indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Tipificación: en la celda superior, anotar el resultado de la tipificación (MTB (Mycobacterium tuberculosis) o NoMTB (No Mycobacterium tuberculosis). Y en la celda inferior, indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
PSD (Prueba de sensibilidad): Anotar en la celda superior, el resultado de la Prueba de Sensibilidad, en la columna Sensible anotar las sigla de la/s droga/s a la cual es sensible y en la columna Resistente anotar las sigla de la/s droga/s a la cual es resistente. Ejemplo: en la casilla Sensible: "HZE" y en Resistente "R". En la celda inferior, Fecha, indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
GeneXpert: en la celda superior, anotar el resultado del análisis en cuanto al GeneXpert. T = MTB detectado, Resistencia a rifampicina no detectada, RR = MTB detectada, Resistencia a rifampicina detectada, TI = MTB detectada, Resistencia a rifampicina indeterminada, N = MTB no detectada, I = inválido / sin resultados / error. En la celda inferior, Fecha, indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Otros estudios de diagnóstico: Anotar otro/s estudio/s realizados y los resultados del mismo. Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Factor de Riesgo: Marcar con una **X** el resultado de **VIH** donde **0** (cero) es **No Reactivo**, **1** (uno) es **Reactivo** y **SD** es cuando no cuenta con el Resultado.
Fecha: Anotar la fecha en que se realizó el test.
Historia de Tratamiento previo: Marcar con una "X" una de las opciones de acuerdo a la clasificación basada en la historia de tratamiento previo de TB independiente de la confirmación bacteriológica o localización de la enfermedad:
Paciente Nuevo
Paciente previamente tratado (si se marca esta opción, se debe especificar la sub clasificación de Previamente tratado)
Responsable: Anotar el nombre/s y apellido/s del personal de salud inicia o administra el tratamiento.

ANVERSO (Lado izquierdo)
CONTROL DURANTE EL TRATAMIENTO
Mes y Año
Día/Mes/Año: Registrar en la casilla correspondiente a Día, Mes, Año la fecha en que se controla al paciente, del siguiente indicador:
Peso: Kg.: Anotar el peso del paciente en Kg (Kilogramos).
Bacteriología de Control
Nº de lab (laboratorio): Anotar el número de control del paciente durante el seguimiento.
Fecha: Anotar en dd/mm/aa del resultado de la B (baciloscopía) o C (cultivo) que se registra.
Resultado: Anotar el resultado de la Baciloscopía o Cultivo de la siguiente manera:
Si es Baciloscopía: 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos.
Si es Cultivo: Anotar en la celda correspondiente, el resultado obtenido. 0 = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias), + = 20-100 colonias, ++ = >100 colonias, +++ = innumerables o crecimiento confluente, CC cuando el cultivo es contaminado. Marcar con una "X" en la casilla correspondiente a si es Bk (baciloscopía) o C (cultivo)
CONSEJERÍA
1ra. Fase: Registrar la fecha en dd/mm/aa en que se realizó la consejería durante la primera fase.
2da. Fase: Registrar la fecha en dd/mm/aa en que se realizó la consejería durante la segunda fase.
Término de tratamiento: Registrar la fecha en dd/mm/aa en que se realizó la consejería cuando el/la paciente, terminó su tratamiento.
OBSERVACIONES: registrar cualquier observación que al personal de salud le resulte conveniente.

REVERSO
Aquí se consignarán los datos del tratamiento realizado al paciente, durante la fase inicial y la continuación. Ambas fases están dividas en celdas numeradas del 1 al 31, de forma a que pueda marcarse con una "X" los días en que el/la paciente haya recibido su dosis durante su tratamiento.

FASE INICIAL (1)
MES Y AÑO: en la primera fila, registrar el mes y año en que el/la paciente inicia su tratamiento. Ej.: si el/la paciente comienza el 5 de mayo de 2014, se registrará con las primeras tres letras del mes y los dos últimos números del año (May. 14), posteriormente se marca con una "X" en la fecha 5 correspondiente a la primera toma y se tacha los días anteriores, a fin de evitar confusiones.
A partir de esa fecha, se administrará el medicamento de forma diaria de lunes a sábado y se marcará en el carné cada día del mes que el/la paciente recibe su dosis de antibacilares. Los días domingos no se administrará el medicamento, por ello, se colocará la letra "D" (domingo) con un color rojo para que llame la atención, en cada fecha, de acuerdo al calendario donde se visualicen los domingos en ese mes.
Se anula la fecha 31, en caso de que el mes solo traiga 30 días.
Una vez finalizado la fila del mes de tratamiento, registrar en la columna DOSIS Y DROGAS RECIBIDAs, las drogas y las dosis recibidas durante ese mes. La Dosis equivale a días en que tomo la medicación. Ejemplo: 16 HRZE.
Una vez terminada la FASE INICIAL de tratamiento, se deberá completar las casillas de la FASE DE CONTINUACIÓN (2).
FASE DE CONTINUACIÓN (2)
MES Y AÑO: en la primera fila, se registrará el mes y año en que el/la paciente inicia la FASE DE CONTINUACIÓN, se aplica el mismo llenado de la FASE INICIAL.
Una vez finalizado la fila del mes de tratamiento, registrar en la columna **DOSIS Y DROGAS RECIBIDAS**, las drogas y las dosis recibidas durante ese mes. La Dosis equivale a días en que tomo la medicación. Ejemplo: 26 HR.
Fase Inicial:
En esta sección, se anotarán las Drogas y Dosis recibidas, durante toda la fase inicial.
Ej: Durante la primera fase se administraron Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol, representadas por las siglas HRZE. En un total de 52 dosis, correspondientes a dos meses de tratamiento. En cada mes, se administran 26 dosis, que son 26 días, lo que suma 52 dosis.
Drogas: HRZE
Dosis: 52
Comprimido Día: Anotar la cantidad de comprimidos días que el paciente debe tomar. Ejemplo: 4 comprimidos.
Fase de continuación
De la misma forma que el anterior, se anotarán las drogas recibidas y el total de dosis de la fase de continuación.
Ej: durante la Fase de Continuación, se recibieron Isoniacida y Rifampicina (HR), durante cuatro meses (cada mes se administran 26 dosis, una por día)
Drogas: HR
Dosis: 104
Comprimido Día: Anotar la cantidad de comprimidos días que el paciente debe tomar. Ejemplo: 4 comprimidos.
Administración del Tratamiento
Supervisado Fase 1: Marcar con una "X"; Sí en el caso de realizar tratamiento directamente observado (TDO) o No, en caso ser autoadministrado; en la fase 1 (Inicial).
Supervisado Fase 2: Marcar con una "X"; Sí en el caso de realizar tratamiento directamente observado (TDO) o No, en caso ser autoadministrado; en la fase 2 (Continuación).
Modalidades del TDO. (Administración del Tratamiento directamente observado
Si se marcó "Sí" en la sección anterior debe Marcar la Modalidad del TDO, correspondiente a la Fase del Tratamiento (Fase 1 y Fase 2) estos pueden ser:
En Servicio: cuando el/la paciente, acude al servicio para recibir su medicación.
Fuera del Servicio: cuando el personal de salud va hasta la casa del paciente para administrar la medicación.
En la Comunidad: cuando un promotor de salud, agente comunitario, líder de comunidad o alguna persona de la comunidad administra la medicación al paciente.

Observación Importante
Este documento se le entregará al paciente, para que pueda llevar control de su tratamiento. El carné deberá presentarse cada vez que el paciente consulte en el servicio de salud para sus controles, así también para la administración de sus medicamentos.

CONTROL DURANTE EL TRATAMIENTO

Día	Mes	Año	Peso	Bacteriología de Control				
			Kg.	Nº de lab.	Fecha	Resultado	Bk	C

CONSEJERÍA

1ra Fase:_____ Término del tratamiento:_____

2da Fase: _____

OBSERVACIONES: _____

TESÁI HA TEKO PORÁVE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

CARNÉ DE PACIENTE

Nombre (s) y Apellido (s): _____

Nº de cédula de Identidad o Carnet del Indígena: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Región Sanitaria: _____ Distrito/Ciudad: _____

Barrio/Compañía/Com. Indígena: _____

Calle y Nro. de Casa: _____

Nro. de Teléfono: _____

Localización Anatómica Pulmonar ☐ Extrapulmonar ☐ Especificar: _____

BACTERIOLOGÍA

Tipo de Muestra	Análisis de Laboratorio	Bacilioscopía	Cultivo	Tipificación	PSD		Gene Xpert
					Sensible	Resistente	
	Resultado						
	Fechas	/ /	/ /	/ /	/ /		/ /
Otros estudios de diagnóstico:					Fecha: / /		

Factor de Riesgo: 0☐ 1☐ SD☐ Fecha:

Historia del Tratamiento Previo

Nuevo ☐ Previamente tratado ☐ Especificar.:

Responsable: _____

A LA PRESENTACIÓN DE ESTE CARNÉ DEBE DARSE TRATAMIENTO GRATUITO

MES Y AÑO	FASE INICIAL (1)																														DROGAS Y DOSIS RECIBIDA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
FASE DE CONTINUACION (2)																																

Duración del Tratamiento:		Administración del Tratamiento		Modalidades del TDO	
Fase Inicial	Drogas:	Supervisado Fase 1	Sí	En Servicio	
	Dosis:		No	Fuera del Servicio	
	Comprimido día:			En la Comunidad	
Fase de Continuación	Drogas:	Supervisado Fase 2	Sí	En Servicio	
	Dosis:		No	Fuera del Servicio	
	Comprimido día:			En la Comunidad	

Hoja de referencia y contra-referencia de paciente trasladado

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO
"HOJA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA DE PACIENTE TRASLADADO"

Consideraciones Generales: E*l presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejerciendo presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados. Los datos registrados en el mismo son de notificación obligatoria.*

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.
1.Cuando el Personal de Salud traslada al caso de TB de su Servicio de Salud a otro.
2.Cuando el Personal de Salud ingresa y realiza la contrareferencia del caso de TB a Servicio de Salud de otro.

Encabezado del Formulario:
Región Sanitaria: Anotar el nombre de la Región Sanitaria, en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.
Distrito: Anotar el nombre del Distrito, en el cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: registrar el número que corresponde al Distrito.
Establecimiento: Anote el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención. Código: registrar el número que corresponde al establecimiento de salud.
Código: Registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.
Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que brinda el servicio al usuario.
Nro.de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que brinda el servicio (línea baja y/o celular)
Fecha de Identificación: Anotar dd/mm/aa (dd: día, mm: mes y aa: año) en que el caso de TB es identificado independientemente del servicio que identifica.
Fecha de Notificación: Anotar dd/mm/aa en que el caso de TB es notificado al Nivel Nacional. En el caso de que la misma se encuentre vacía, implicaría que el caso no fue notificado aún.
Fecha del Traslado: Anotar dd/mm/aa en que el caso de TB es trasladado del Servicio de Salud.

Cuerpo del formulario
1.Datos de Identificación
1.1. Documento de Identificación: en el círculo correspondiente debe marcar con una "X" el tipo de documento – sea este CI (Cédula de Identidad), pasaporte o carné indígena- y posteriormente en Nro. el número del documento. Y en el caso de que no tenga consigo su documento y no conozca el número porta marcar con una "X" el círculo que indica No porta. En caso de no tener documento de identidad marcar con una "X" el círculo que indica que No tiene. En ambos casos (No porta o No tiene) asignar un Código utilizando las iníciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo. José Martínez González- 15 de febrero de 1973. JM150273. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.
1.2. Nombres y Apellidos: Anotar con letra legible el/los Nombre/s y Apellido/s del/la paciente con TB.
1.3. Fecha de Nacimiento: anotar la fecha: día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del paciente. Si desconoce la fecha de nacimiento aplicar el proceso descripto en el 1.1., para ese caso.
1.4. Edad: Anotar la edad del/la paciente, en años cumplidos.
1.5. Sexo: Marcar con una "X" en el círculo correspondiente al sexo, M (masculino) o F (femenino).
1.6. Etnia: marcar con "X" en No Aplica en caso que el/la paciente con TB no es indígena, y Aplica, en el caso de ser indígena.
1.7. Especificar: En el caso que Aplique el Ítem de Etnia especificar la parcialidad o pueblo indígena al cual pertenece. Ejemplo: Aché, Avá Guaraní, Ayoreo, Mbya, Maka, otros.
1.8. Lugar de Nacimiento: anotar el lugar de nacimiento del paciente ciudad/departamento.
1.9. Nacionalidad: anotar la nacionalidad del/la paciente.

2.Datos de Residencia Habitual
2.1. Departamento: escribir el nombre del departamento en el que habitualmente reside el/la paciente.
2.2. Distrito/Ciudad: escribir el nombre del distrito y/o ciudad, en el que habitualmente reside el/la paciente.
2.3. Área: Marcar con una "X" el círculo correspondiente al área en la que reside el/la paciente según corresponda: urbana o rural.
2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena: escribir el nombre del barrio, compañía, asentamiento o comunidad indígena en el que reside el/la paciente.
2.5. Calle y Nro. de Casa: anotar el/los nombre/s de la/s calle/s y el Nro. de casa en el que reside el/la paciente o Nro. de departamento en caso que resida en un edificio.
2.6. Referencia: escribir el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio de el/la paciente.
2.7. Nro. de Teléfono: anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) de el/la paciente ó de algún referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el paciente.
2.8.Penitenciaría: Marcar con una "X" el círculo No Aplica si el/la paciente no se encuentra recluido en una penitenciaria y Aplica si el/la paciente se encuentra en algún centro penitenciario, en este caso Especificar el nombre del mismo.

3. Clasificación de Riesgo de TB
3.1. Población de Riesgo: marcar con una "X" el/los círculos correspondientes a la situación del paciente de acuerdo a:
3.1.1. Contacto de un caso de TB: si el/la paciente tiene un contacto de TB sensible sea pulmonar y/o extrapulmonar.
3.1.2. Contacto de un caso de TB DR (TB Drogo Resistente): si el/la paciente tiene un contacto de TB resistente sea pulmonar y/o extrapulmonar.
3.1.3. Persona privada de su libertad: si el/la paciente esta o estuvo privado de su libertad.
3.1.4. Personal de salud: si el/la paciente es Personal de Salud, sea administrativo o técnico.
3.1.5. Población indígena: si el/la paciente corresponde a un pueblo indígena.
3.2 Situación de Riesgo, marcar con una "X" el círculo de acuerdo a la situación de riesgo que presente el paciente.
3.2.1. Diabetes: si el/la paciente padece de Diabetes Mellitus marcar Sí; en caso de no padecer de la enfermedad marcar No; si el paciente y/o personal de Salud no conoce de su patología marcar Desconoce.
3.2.2. Tabaquismo: si el/la paciente fuma marcar Sí; en caso de no fumar o haber dejado de fumar por más de un año marcar No. En el caso de que el paciente fume indicar la Cantidad diaria: indicar en paquetes/año (cantidad de cigarrillos por día x año/20. Ejemplo: la persona fuma 10 cigarrillos por día por 30 años: 10 x 30/20= 15)). Años, indicar el número de años que lleva fumando.
3.2.3. EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): si el/la paciente padece de EPOC marcar Sí; en caso de no padecer de la enfermedad marcar No; si el paciente y/o personal de Salud no conoce de su patología marcar Desconoce.
3.2.4. Adicciones: si el/la paciente tiene adicción a sustancias nocivas marcar Sí; en caso de no tener ninguna adicción de sustancias nocivas marcar No. En caso afirmativo Especificar tipo de sustancia (alcoholismo, drogas ilícitas- crack, marihuana, cocaína, inyectables, popper, cola de zapatero, éxtasis, etc.)
3.2.5 Otros: especificar otros tipos de padecimientos que se considere de riesgo. (colagenopatías, neoplasias, con trasplante de órganos, diálisis, etc.).
3.3 Factor de riesgo: marcar con una "X" el círculo correspondiente.
3.3.1. PVIH: en caso que el/la paciente sea un caso conocido de VIH.
3.3.2. CTV: si el Personal de Salud ofreció la CTV (Consejería y testeo voluntario para el VIH).
3.3.2.1. Consejería: marcar con una "X" en el círculo Sí, en el caso que el/la paciente recibió consejería o No, en el caso que no la recibió.
3.3.2.2. Rechazó test: marcar con una "X" en el círculo rechazó el test, en el caso que el/la paciente se niega a realizar el test rápido de VIH.
3.3.2.1.1. Resultado de Test rápido: Si lo realizó indicar el resultado del test del test rápido marcando con una "X" en el círculo del resultado, donde 0 (cero) es No Reactivo y 1 (uno) es Reactivo. Fecha: indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aaaa.

4. Resultado de Análisis de Laboratorio.
4.1. En la casilla **Tipo de Muestra**, especificar el tipo de muestra analizada. Ej.: Esputo, LCR, Secresiones, etc.
En la fila correspondiente, Anotar los resultados y fechas, del diagnóstico.
Baciloscopía: Anotar el resultado de baciloscopía. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), **+** = 10-99 BAAR/100 campos, **++** = 1-10 BAAR/50 campos, **+++** = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Cultivo: Anotar en la celda correspondiente, el resultado obtenido. 0 = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias), **+** = 20-100 colonias, **++** = >100 colonias, **+++** = innumerables o crecimiento confluente; **CC**= Cuando el Cultivo es Contaminado. Y en la celda **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Tipificación: en la celda correspondiente a la muestra seleccionada, anotar el resultado de la tipificación (MTB (Mycobacterium tuberculosis) o NoMTB (No Mycobacterium tuberculosis). Y en la celda Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
PSD (Prueba de sensibilidad): Anotar en la celda correspondiente a la muestra seleccionada, el resultado de la Prueba de Sensibilidad, en la columna Sensible anotar las sigla de la/s droga/s a la cual es sensible y en la columna Resistente anotar las sigla de la/s droga/s a la cual es resistente. Ejemplo: en la casilla Sensible: "HZE" y en Resistente "R". Fechas indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
GeneXpert: en la celda correspondiente a la muestra seleccionada, anotar el resultado del análisis en cuanto al GeneXpert. T = MTB detectado, Resistencia a rifampicina no detectada, RR = MTB detectada, Resistencia a rifampicina detectada, TI = MTB detectada, Resistencia a rifampicina indeterminada, N = MTB no detectada, I = inválido / sin resultados / error. Fechas indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
4.2. Otros estudios de diagnóstico: Anotar otro/s estudio/s realizados y los resultados del mismo. Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

5. Información sobre el Caso de TB.
5.1 Definición del Caso: Marcar con una "X" el círculo correspondiente al tipo de diagnosticado realizado.
5.1.1. TB Bacteriológicamente confirmado.
5.1.2. TB clínicamente diagnosticado.
5.2. Localización Anatómica: Marcar con una "X" el círculo correspondiente a la localización anatómica de la enfermedad.
5.2.1. Pulmonar
5.2.2. Extrapulmonar. En el Caso de Extrapulmonar Especificar: anotando la localización de la misma.
5.3. Resistencia a medicamentos: Marcar con una "X" la opción correspondiente a las pruebas de sensibilidad a los medicamentos (PSD) de los aislados clínicos confirmados como M. tuberculosis:
5.3.1. Sensible.
5.3.2. Resistente.
En el caso de ser Resistente Marcar con una "X" la clasificación de la Resistencia: Monoresistente, Poliresistente, TB-MDR, TB-XDR, TB-RR.
5.4. Historia de Tratamiento previo: Marcar con una "X" una de las opciones de acuerdo a la clasificación basada en la historia de tratamiento previo de TB independiente de la confirmación bacteriológica o localización de la enfermedad:
5.4.1. Paciente Nuevo
5.4.2. Paciente con recaída
5.4.3. Paciente con tratamiento después de fracaso
5.4.4. Paciente con tratamiento después de la pérdida en el seguimiento
5.4.5. Otros pacientes previamente tratados
5. 4.6. Paciente con historia desconocida de tratamientos previos por TB

6. Información sobre tratamiento actual
6.1 Inicio del Tratamiento: anotar dd/mm/aaaa de inicio del tratamiento. Peso: indicar en Kg el peso del/la paciente al momento del traslado.
6.2 Esquema de Tratamiento: Anotar el esquema de tratamiento (Esquema de TB Sensible o Esquema de TB Resistente) y la fase (1 o 2). En las celdas inferiores, en cada casilla correspondiente a la Dosis anotar dosis diaria (Comprimido) debajo de la droga correspondiente según esquema y en cada casilla correspondiente a Meses la cantidad de meses de tratamiento. Ejemplo: 4 comprimidos al día, 2 meses.
En la casilla Debe continuar especificar la droga, dosis diaria (comprimido) y el tiempo en meses. Ejemplo: Continuar con HR 2 comprimidos por 4 meses
6.3. Nombre del responsable del tratamiento: Anotar el nombre y apellido del médico o personal de salud tratante del/la paciente trasladado/a.
Nro. de Registro: Anotar el número de registro de profesional de salud si corresponde, en caso que no aplique este registro, anote NA.
Firma del Responsable: Registrar de firma del responsable del trasladado. Sello personal y del servicio de salud.
Debe presentarse al Servicio de Salud: Anotar el nombre del servicio de salud al cual debe presentarse el/la paciente, de la: anotar en números romanos la Región Sanitaria a donde el paciente es trasladado.t
El Servicio de Salud que traslada al paciente está obligado a informar al Establecimiento receptor sobre el mismo. A su vez, el establecimiento receptor está obligado a informar la recepción del mismo. También debe informar cuando el paciente no acudió al Establecimiento de Salud de referencia describiendo las medidas correctivas utilizadas para conocer el destino del paciente.

Una vez que reciba el original de este formulario la unidad receptora del paciente debe cortar el formulario para su remisión al Servicio de Salud remitente del paciente de TB y llenar cuanto sigue:

PARA ENVIAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ORIGEN:
Establecimiento de Salud receptor: Anotar el nombre del servicio de salud que recepciona al paciente.
Región Sanitaria: anotar en números romanos, la Región Sanitaria respectiva.
Nombres y Apellidos del paciente referido: Anotar el mismo nombre registrado en 1.2 del presente formulario
Referido por el Establecimiento de Salud: Anotar el nombre que aparece en el encabezado del formulario con su respectiva Región Sanitaria.
Fecha: Anotar dd/mm/aaaa en que ha sido recibido el paciente.
Responsable: Anotar nombre y apellido, Firma y sello: registro de firma del responsable, el personal de salud que haya recibido al paciente.
Observación Importante. El Original se le debe dar al paciente y debe ser archivado en el establecimiento receptor, el Duplicado para el servicio de salud que traslada y el Triplicado para el encargado de la región.

TESÃI HA TEKO PORÃVE MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

HOJA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA

Región Sanitaria:_____ Código _____
Distrito:_____ Código _____
Establecimiento:_____ Código _____
Responsable:_____ Nro. de Teléfono _____
Fecha de Identificación:____/___/_____ **Fecha de Notificación:**___/___/_____ **Fecha de Traslado:**___/_____/_____

1. Datos de Identificación

1.1. **Documento de Identificación:** C.I. ◯ Pasaporte ◯ Carné Indígena ◯ Nro._____ No porta ◯ No tiene ◯
1.2. **Nombres y Apellidos:**_____
1.3. **Fecha de Nacimiento:**____/_____/_____ 1.4. **Edad:**_____ 1.5. Sexo ◯F ◯M
1.6. **Etnia:** Aplica ◯ No Aplica ◯ 1.7. **Especificar:**_____
1.8. **Lugar de Nacimiento:**_____ 1.9. **Nacionalidad:**_____

2. Datos de Residencia

2.1. **Departamento:**_____ 2.2. **Distrito/Ciudad:**_____
2.3. **Área:** Urbana ◯ Rural ◯ 2.4. **Barrio/Compañía/Com. Indígena:**_____
2.5. **Calle y Nro. de Casa**_____
2.6. **Referencia:**_____
2.7. **Nro. de Teléfono:**_____ 2.8. **Penitenciaría:** No Aplica ◯ Aplica ◯ Especificar: _____

3. Clasificación de Riesgo

3.1 Población de Riesgo

3.1.1. Contacto TB ◯
3.1.2.Contacto TB-DR ◯
3.1.3. Privado de libertad ◯
3.1.4. Personal de Salud ◯
3.1.5. Población indígena ◯

3.2. Situación de Riesgo

3.2.1.Diabetes Sí ◯ No ◯ Desconoce ◯
3.2.2. Tabaquismo Sí ◯ No ◯ Cantidad diaria_____ Años_____
3.2.3. EPOC Sí ◯ No ◯ Desconoce ◯
3.2.4. Adicciones Sí ◯ No ◯ Especificar: _____
3.2.5. Otro _____

3.3 Factor de Riesgo

3.3.1. PVIH ◯ 3.3.2. CTV ◯ 3.3.2.1. Consejería: Sí ◯ No ◯ 3.3.2.2. Rechazó test ◯
3.3.2.1.1. Resultado Test rápido: 0 ◯ 1 ◯ Fecha: _____/_____/_____

4. Resultado de Análisis de Laboratorio (registre los resultados obtenidos antes del traslado)

Tipo de Muestra	Análisis de Laboratorio	Bacilioscopía	Cultivo	Tipificación	PSD		Gene Xpert
					Sensible	Resistente	
	Resultado						
	Fechas	/ /	/ /	/ /	/ /		/ /
Otros estudios de diagnóstico:					Fecha: / /		

5. Información sobre el caso de TB

5.1. Definición del Caso

5.1.1. TB Bacteriológicamente Confirmado ◯
5.1.2. TB Clínicamente Diagnosticado ◯

5.2 Localización Anatómica

5.2.1. Pulmonar ◯
5.2.2. Extrapulmonar ◯ Especificar_____

5.3 Resistencia a Medicamentos

5.3.1. Sensible ◯ 5.3.2. Resistente
Monorresistente ◯
Polirresistente ◯
TB-MDR ◯
TB-XDR ◯
TB-RR ◯

5.4. Historia del Tratamiento Previo

5.4.1. Paciente Nuevo ◯
5.4.2. Paciente con recaída ◯
5.4.3. Paciente con tratamiento después de fracaso ◯
5.4.4. Paciente con tratamiento después de la pérdida en el seguimiento ◯
5.4.5. Otros pacientes previamente tratados ◯
5.4.6. Paciente con historia desconocida de tratamientos previos por TB ◯

6. Información sobre Tratamiento Actual

6.1. Inicio del tratamiento:_____/_____/_____Peso:_____
6.2. Esquema de tratamiento:_____(favor indique en la casilla respectiva la dosis y cantidad de meses)

Droga	HRZE	HR	R	Z	E	S	Km	Cm	Cs	Cs	Eto	PAS	Lfx	Debe continuar con (especificar con):
Dosis Comp.														
Meses														

Observaciones:_____

6.3. Nombre del Responsable del Tratamiento:_____ **Nro. de Registro:** _____
Firma del Responsable: _____Sello:_____

Debe presentarse al Servicio de Salud: _____ de la: _____Región Sanitaria. El Servicio de Salud que traslada al paciente está obligado a informar al Establecimiento receptor sobre el mismo. A su vez,el establecimiento receptor está obligado a informar la recepción del mismo. También debe informar cuando el paciente no acudió al Establecimiento de Salud de referencia describiendo las medidas correctivas utilizadas para conocer el destino del paciente.

✂ -

PARA ENVIAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ORIGEN

Establecimiento de Salud receptor: _____Región Sanitaria:_____
Nombres y Apellidos del paciente referido:_____
Referido por el Establecimiento de Salud:_____ Región Sanitaria_____ en Fecha: ____/_____/_____
Responsable: _____Firma y sello: _____

Original: PNCT. - **Duplicado:** Servicio de Salud - **Triplicado:** Región Sanitaria

Libro de seguimiento del caso de TB

Instructivo para el llenado del Libro de Seguimiento del Caso de Tuberculosis.

Consideraciones Generales: *El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos.*

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.
1. Cuando el Personal de Salud identifique un caso de TB.
2. Cuando el Personal de Salud cuente con casos de TB en seguimiento durante todo el ciclo del tratamiento del mismo.

Cuerpo del formulario
N° (Columna 1): Anotar el número (N°) de orden, del/la paciente, identificado/a en el servicio y/o en seguimiento en el mismo. Iniciar con el número "1" (uno) esto será correlativo hasta finalizar el año.
Fecha de Inicio de tratamiento (Columna 2): Registrar la fecha en dd/mm/aa que el/la paciente inició su tratamiento antibacilar.
N° de la Cédula de Identidad o Carné del Indígena (Columna 3): Anotar el número de cédula o carné del indígena, en caso de que no tenga y asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo. José Martínez González- 15 de febrero de 1973. JM150273. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día del mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.
Nombres y Apellidos (Columna 4): Anotar con letra legible el/los Nombre/s y Apellido/s del/la paciente con TB.
Nacionalidad (Columna 5): Anotar la nacionalidad del/la paciente con TB.
Etnia (Columna 6): Anotar la Etnia del/la paciente con TB si es indígena (Aché, Avá Guaraní, Ayoreo,Mbyá, Maká, etc.). Si no es Indígena escriba NA (No aplica).
Fecha de Nacimiento (Columna 7): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del/la paciente con TB. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.
Edad (Columna 8): Anotar la edad del/la paciente con TB, en años cumplidos.
Sexo (Columna 9): Anotar la inicial del sexo del paciente que recibe quimioprofilaxis. M (masculino) o F (femenino).
Residencia Habitual.
DOMICILIO (Distrito, Barrio o Compañía o Comunidad, Calle, N° de casa, Referencias) (Columna 10): Escribir el nombre del Distrito, Barrio, Compañía, Asentamiento o Comunidad Indígena, nombre/s de la/s Calle/s y el N° de casa y el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio del/la paciente con TB
N° Telefónico (Columna 11): Anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) del/la paciente con TB o de algún referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el mismo.
Servicio de Salud que Identifica (Columna 12): Anotar el número de código correspondiente al Servicio de Salud que Identifica al paciente con TB. 1. MSPyBS; 2. Hospital de Clínicas; 3. Sanidad Militar; 4. Sanidad Policial; 5. IPS; 6. Penitenciaría; 7. Servicios de Salud Privados (especificar cuál); 8. Otros (especificar cuál)
Identificado por (Columna 13): Anotar el número de código correspondiente del Personal de Salud que identifica al caso de TB. 1. Médico/a; 2. Enfermero/a; 3. Obstetra; 4. Promotor Voluntario Indígena; 5. Otro (especificar cuál).
Clasificación Pulmonar/Extrapulmonar (Especificar) (Columna 14): Anotar la localización anatómica de la TB, colocar "P" si es Pulmonar y "EP" si es Extrapulmonar, en caso de ser extrapulmonar se debe especificar la localización. Ej: EP intestinal
TRATAMIENTO
Esquema de Tratamiento (Columna 15): Anotar el esquema de tratamiento (Tto.) que realiza el/la paciente. S (Esquema de TB Sensible), o R (Esquema de TB Resistente).
TDO/TAES (Columna 16): Anotar Sí, si el paciente está bajo un tratamiento directamente observado (TDO), indistintamente de la modalidad. Si se administra semanal o mensualmente, anotar No.
Modalidad del TAES (Columna 17): Anotar la modalidad del TAES del/la paciente con TB. (En el servicio, fuera del servicio, en la comunidad).
Historia de Tto. Previo (Columna 18): Anotar solo el código de acuerdo a la Historia de tratamiento (Tto.) previo del/la paciente con TB, 1. Nuevo 2. Recaída 3 Fracaso al tratamiento 4. Pérdida en el Seguimiento 5. Otros pacientes previamente tratados 6. Con historia desconocida de tratamiento previo.
DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO
Baciloscopía (Columna 19): Anotar en el espacio superior, el resultado de baciloscopía. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en el espacio inferior, Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Cultivo (Columna 20): Anotar en el espacio superior, el resultado obtenido. 0 = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias); **+** = 20-100 colonias; **++**; >100 colonias; **+++** = innumerables o crecimiento confluente; (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias); **+** = 20-100 colonias; **++**; >100 colonias; **+++** = innumerables o crecimiento confluente; **CC**= Cuando el Cultivo es Contaminado. Y en la celda inferior, indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Prueba de sensibilidad (Columna 21): Anotar en el espacio superior, el resultado de la Prueba de Sensibilidad, si es sensible con las sigla de la/s droga/s a la cual es sensible; si es Resistente anotar las sigla de la/s droga/s a la cual es resistente. Sensible: "HZE" y en Resistente "R". En el espacio inferior, indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
GeneXpert (Columna 22): En el espacio superior, anotar el resultado del análisis en cuanto al GeneXpert. T = MTB detectado, Resistencia a rifampicina no detectada, RR = MTB detectada, Resistencia a rifampicina detectada, TI = MTB detectada, Resistencia a rifampicina indeterminada, N = MTB no detectada, I = inválido / sin resultados / error. En el esapcio inferior indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
No realizado (Columna 23): Marcar con una "X" en caso de que no se haya realizado ningún estudio de diagnóstico bacteriológico.
Otros Métodos de Diagnóstico (Columna 24): Registrar otros métodos que se haya realizado, ya sea este independiente al diagnóstico bacteriológico. Ej.: Rx (radiografías), Tx (tomografías), etc. Registrar esto en el esapcio superior y en la inferior, la fecha en la cual se realizó el mencionado estudio

BACILOSCOPIA DE CONTROL
1º (Columna 25): Anotar la baciloscopía y/o cultivo de control realizada al paciente si corresponde al primer mes de tratamiento. Anotar en el espacio superior, el resultado de baciloscopía. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en el espacio inferior, indicar la **fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Resultado de Cultivo: (1-19)= <20 colonias (Reportar número de colonias); **+**= 20-100 colonias, **++**; > 100 colonias; **+++**= innumerables o crecimiento cofluente; **CC**= Cuando el Cultivo es Contaminado.
2º (Columna 26): Anotar la baciloscopía y/o cultivo de control realizada al paciente si corresponde al segundo mes de tratamiento. Anotar en el espacio superior, el resultado de baciloscopía. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en el espacio inferior, indicar la **fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Resultado de Cultivo: (1-19)= <20 colonias (Reportar número de colonias); **+**= 20-100 colonias, **++**; > 100 colonias; **+++**= innumerables o crecimiento cofluente; **CC**= Cuando el Cultivo es Contaminado.
3º (Columna 27): Anotar la baciloscopía y/o cultivo de control realizada al paciente si corresponde al tercer mes de tratamiento. Anotar en el espacio superior, el resultado de baciloscopía. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en el espacio inferior, indicar la **fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Resultado de Cultivo: (1-19)= <20 colonias (Reportar número de colonias); **+**= 20-100 colonias, **++**; > 100 colonias; **+++**= innumerables o crecimiento cofluente; **CC**= Cuando el Cultivo es Contaminado.
4º (Columna 28): Anotar la baciloscopía y/o cultivo de control realizada al paciente si corresponde al cuarto mes de tratamiento. Anotar en el espacio superior, el resultado de baciloscopía. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en el espacio inferior, indicar la **fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Resultado de Cultivo: (1-19)= <20 colonias (Reportar número de colonias); **+**= 20-100 colonias, **++**; > 100 colonias; **+++**= innumerables o crecimiento cofluente; **CC**= Cuando el Cultivo es Contaminado.
5º (Columna 29): Anotar la baciloscopía y/o cultivo de control realizada al paciente si corresponde al quinto mes de tratamiento. Anotar en el espacio superior, el resultado de baciloscopía. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en el espacio inferior, indicar la **fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Resultado de Cultivo: (1-19)= <20 colonias (Reportar número de colonias); **+**= 20-100 colonias, **++**; > 100 colonias; **+++**= innumerables o crecimiento cofluente; **CC**= Cuando el Cultivo es Contaminado.
6º (Columna 30): Anotar la baciloscopía y/o cultivo de control realizada al paciente si corresponde al sexto mes de tratamiento. Anotar en el espacio superior, el resultado de baciloscopía. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en el espacio inferior, indicar la **fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Resultado de Cultivo: (1-19)= <20 colonias (Reportar número de colonias); **+**= 20-100 colonias, **++**; > 100 colonias; **+++**= innumerables o crecimiento cofluente; **CC**= Cuando el Cultivo es Contaminado.
7º (Columna 31): Anotar la baciloscopía y/o cultivo de control realizada al paciente si corresponde al sétimo mes de tratamiento. Anotar en el espacio superior, el resultado de baciloscopía. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en el espacio inferior, indicar la **fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Resultado de Cultivo: (1-19)= <20 colonias (Reportar número de colonias); **+**= 20-100 colonias, **++**; > 100 colonias; **+++**= innumerables o crecimiento cofluente; **CC**= Cuando el Cultivo es Contaminado.
8º (Columna 32): Anotar la baciloscopía y/o cultivo de control realizada al paciente si corresponde al octavo mes de tratamiento. Anotar en el espacio superior, el resultado de baciloscopía. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en el espacio inferior, indicar la **fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Resultado de Cultivo: (1-19)= <20 colonias (Reportar número de colonias); **+**= 20-100 colonias, **++**; > 100 colonias; **+++**= innumerables o crecimiento cofluente; **CC**= Cuando el Cultivo es Contaminado.
>8º (Columna 33): Anotar la baciloscopía y/o cultivo de control realizada al paciente si corresponde a más del octavo mes de tratamiento. Anotar en el espacio superior, el resultado de baciloscopía. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en el espacio inferior, indicar la **fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
Resultado de Cultivo: (1-19)= <20 colonias (Reportar número de colonias); **+**= 20-100 colonias, **++**; > 100 colonias; **+++**= innumerables o crecimiento cofluente; **CC**= Cuando el Cultivo es Contaminado.
Consejería-Test Ofrecido (Columna 34): Anotar Sí en el caso de que el/la paciente recibió consejería para VIH y No si no recibió consejería para VIH.
Test Realizado (Columna 35): Anotar Sí en el caso de que el Personal de Salud realizo el test rápido de VIH al paciente con TB y No en el caso de no haber realizado.
Factor de riesgo (Columna 36): Anotar en el espacio superior, al código correspondiente el código del resultado del test de VIH, donde 0 (cero) es No Reactivo y 1 (uno) es Reactivo, 2. Sin Dato (en el caso de no contar aun con los datos o que el paciente muera antes del test de VIH), 3. PVIH (paciente conocido con VIH). En el espacio inferior, indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Está recibiendo Cotrimoxazole (Columna 37): Anotar Sí en el caso de que el/la paciente coinfectado recibie Cotrimoxazole y No si no recibe. Si el paciente no es coinfectado anotar NA (No Aplica).
TTO ARV (Columna 38): Anote las iniciales de los ARV (Antirretrovirales) que está recibiendo el paciente coinfectado, en el caso de no recibir ARV anotar No. Si el paciente no es coinfectado anotar NA (No Aplica).

Consejería
Inicio de Tto. (Columna 39): Anotar la Fecha en dd/mm/aa que recibió su consejería inicial al tratamiento.
Inicio 2ª Fase (Columna 40): Anotar la Fecha en dd/mm/aa que ella paciente recibió su consejería antes del inicio de la segunda fase del tratamiento.
Final del tto. (Columna 41): Anotar la Fecha en dd/mm/aa que ella paciente recibió su consejería al finalizar su tratamiento.
Otros (Columna 42): Anotar la Fecha en dd/mm/aa que ella paciente recibió su consejería.

Resultado de tratamiento.
Resultado (Columna 43): Anotar el número de código correspondiente al resultado del tratamiento del caso de TB. 1. Curado 2. Tratamiento Completo 3.Fracaso al Tratamiento 4. Pérdida en el Seguimiento 5. Traslado 6. Fallecido.
Fecha (Columna 44): Anotar la fecha en dd/mm/aa que es dado de alta el/la paciente.

Observaciones (Columna 45): Anotar cualquier observación sobre el tratamiento que al personal de salud le parezca relevante, principalmente, si el paciente cambió de dirección de residencia, también si se agrega otra clasificación de acuerdo a la localización anatómica
de la enfermedad. Por ej., si el paciente inició con una TB extrapulmonar de localización ganglionar y luego se le diagnostica una TB pulmonar también.

Importante: Debe ser actualizado de acuerdo a según vayan recibiendo la información. Este Documento no es de notificación.

TESÃI HA TEKO PORÃVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

N°	Fecha de Inicio de tratamiento	N° de la Cédula de Identidad o Carné del Indígena	Nombres y Apellidos	Nacionalidad	Etnia	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Residencia Habitual	N° Telefónico	Servicio de Salud que Identifica (*)	Identificado por (**)	Localización anatómica de la enfermedad Pulmonar / Extra Pulmonar. Especificar	Tratamiento				DIAGNÓSTICO BACTERIOLOGICO ANOTAR: Espacio superior: Resultado. Espacio inferior: Fecha del resultado				
									DOMICILIO (Distrito, Barrio o Compañía o Comunidad, Calle, N° de casa, Referencias)					Esquema de Tratamiento	TDO/ TAES	Modalidad del TAES	Historia de Tratamiento Previo (***)	Baciloscopia	Cultivo	Prueba de Sensibilidad	GeneXpert	No realizado
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Código del Servicio de Salud que identifica al SR (*): 1. MSPyBS; 2. Hospital de Clinicas; 3. Sanidad Militar; 4. Sanidad Policial; 5. IPS; 6. Penitenciaria; 7. Servicios de Salud Privados (especificar cuál); 8. Otros (especificar cuál)

Código de Identificado por (**): 1. Médico/a; 2. Enfermero/a; 3. Obstetra; 4. Promotor Voluntario Indígena; 5. Otro (especificar cuál)

Historia de Tratamiento Previo (***): 1. Nuevo 2. Recaída 3 Fracaso al tratamiento 4. Perdida en el Seguimiento 5. Otros pacientes previamente tratados 6. Con historia desconocida de tratamiento previo

Factor de Riesgo (****): 0. No Reactivo 1.Reactivo 2. Sin Dato 3. PVIH

Resultados del tratamiento (*****): 1. Curado 2. Tratamiento Completo 3.Fracaso al Tratamiento 4. Pérdida en el Seguimiento 5. Traslado 6. Fallecido

Otros Método de Diagnóstico	BACTEROLOGÍA DE CONTROL ANOTAR: Espacio superior: Resultado. Espacio inferior: fecha del resultado									Consejería-Test Ofrecido	Test Realizado	Factor de Riesgo (****)	Está recibiendo Cotrimoxazole	TTO ARV	Consejería (Anotar Fechas)				Resultados del tratamiento		Observación
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	>8º						Inicio de Tto.	Inicio 2ª Fase	Final del tto.	Otros	Resultado (*****)	Fecha	
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45

Libro de seguimiento TB-DR

TESÃI HA TEKO PORÃVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

LIBRO DE SEGUIMIENTO TB - DR

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

Instructivo para el llenado del Formulario Ficha de Seguimiento de Tuberculosis Drogoresistente. TB DR.

Consideraciones Generales: *El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados.*

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.
1. Cuando el Personal de Salud ingresa al caso de TB DR para el TDO (Tratamiento Directamente Observado) .

Cuerpo del formulario
Pág. 1.
Datos de Identificación
Documento de Identificación: Marcar con una "X" el tipo de documento – sea este CI (Cédula de Identidad), pasaporte o carné indígena- y posteriormente en Nro. el número del documento. Y en el caso de que no tenga consigo su documento y no conozca el número porta marcar con una "X" el círculo que indica No porta. En caso de no tener documento de identidad marcar con una "X" el círculo que indica que No tiene. En ambos casos (No porta o No tiene) asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo. José Martínez González- 15 de febrero de 1973. JM150273. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.
Primer Nombre: anotar con el primer nombre del paciente.
Segundo Nombre: anotar el segundo nombre del paciente.
Primer Apellido: anotar el primer apellido del paciente.
Segundo Apellido: anotar el segundo apellido.
Apellido de Casada: anotar en caso que corresponda el apellido de casada de la paciente, conforme a su documento de identidad.
Etnia: Marcar con "X" en No Aplicaen caso de que el SR o el caso presuntivo de TB no SR no es indígena, y Aplica,en el caso de ser indígena.
Nombre de la etnia: En el caso que Aplique el Ítem de Etnia especificar la parcialidad o pueblo indígena al cual pertenece. Ejemplo: Aché, Avá Guaraní, Ayoreo, Mbya, Maka, otros.
Fecha de Nacimiento: Anotar la fecha: día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del paciente. Si desconoce la fecha de nacimiento aplicar el proceso descripto en **Documento de Identificación.**
Edad: Anotar la edad del/la paciente, en años cumplidos.
Sexo: Marcar con una "X" en el círculo correspondiente al sexo, M (masculino) o F (femenino).
Lugar de Nacimiento: Anotar el lugar de nacimiento del paciente ciudad/departamento.
Nacionalidad: Anotar la nacionalidad del/la paciente.
Datos de Residencia Habitual
Departamento: Escribir el nombre del departamento en el que habitualmente reside el/la paciente.
Distrito /Ciudad: Escribir el nombre del distrito y/o ciudad, en el que habitualmente reside el/la paciente.
Área: Marcar con una "X" el círculo correspondiente al área en la que reside el/la paciente según corresponda: urbana o rural.
Barrio/Compañía/Com. Indígena: Escribir el nombre del barrio, compañía, asentamiento o comunidad indígena en el que reside el/la paciente.
Calle y Nro. de Casa: Anotar el/los nombre/s de la/s calle/s y el Nro. de casa en el que reside el/la paciente o Nro. de departamento en caso que resida en un edificio.
Nro. de teléfono: Anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) de el/la paciente ó de algún referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el paciente.
Penitenciaría: Marcar con una "X" el círculo No Aplica si el/la paciente no se encuentra recluido en una penitenciaria y Aplica si el/la paciente se encuentra en algún centro penitenciario, en este caso Especificar el nombre del mismo.
Referencia: Escribir el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio de el/la paciente.

Pág. 2.
Fecha de inicio de tratamiento: Anotar dd/mm/aa en que inicia tratamiento.
Servicio de Salud: Anotar el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención.
Distrito: Anotar el nombre del distrito donde está ubicado el establecimiento de salud.
Departamento: Anotar el nombre del departamento donde está ubicado el establecimiento de salud.
Localización anatómica, Marcar con una "X" en el cuadrado correspondiente a la localización anatómica de la enfermedad.
Pulmonar, Extrapulmonar o Ambos. En el Caso de Extrapulmonar. Especificar: anotando la localización de la misma.
Mujer en edad reproductiva: Marcar con una "X" en Sí, si la paciente está dentro de las edades comprendidas entre: 15 a 35 años. Si no se encuentra en esa franja etaria, marcar en No. Marcar en No aplica, en caso de que el paciente sea del sexo masculino.
Método anticonceptivo utilizado: Anotar el método anticonceptivo que utiliza la paciente.

Clasificación de Riesgo de TB.
Población de Riesgo: Marcar con una "X" el/los círculos correspondientes a la situación del paciente de acuerdo a:
Contacto de un caso de TB sensible; si el/la paciente tiene un contacto de TB sensible sea pulmonar y/o extrapulmonar.
Contacto de un caso de TB DR (TB Drogo Resistente), si el/la paciente tiene un contacto de TB resistente sea pulmonar y/o extrapulmonar.
Persona privada de su libertad, si el/la paciente esta o estuvo privado de su libertad.
Personal de salud, si el/la paciente es Personal de Salud, sea administrativo o técnico.
Población indígena, si el/la paciente corresponde a un pueblo indígena.

Situación de Riesgo
Marcar con una "X" el círculo de acuerdo a la situación de riesgo que presente el paciente.
Diabetes,si el/la paciente padece de Diabetes Mellitus marcar Sí; en caso de no padecer de la enfermedad marcar No; si el paciente y/o personal de Salud no conoce de su patología marcar Desconoce.
Tabaquismo si el/la paciente fuma marcar Sí; en caso de no fumar o haber dejado de fumar por más de un año marcar No. En el caso de que el paciente fume indicar la **Cantidad diaria:** indicar en paquetes/año (cantidad de cigarrillos por día x año/20. Ejemplo: la persona fuma 10 cigarrillos por día por 30 años: 10 x 30/20= 15)). Años, indicar el número de años que lleva fumando.
EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), si el/la paciente padece de EPOC marcar Sí; en caso de no padecer de la enfermedad marcar No; si el paciente y/o personal de Salud no conoce de su patología marcar Desconoce.
Adicciones: si el/la paciente tiene adicción a sustancias nocivas marcar Sí; en caso de no tener ninguna adicción de sustancias nocivas marcar No. En caso afirmativo Especificar tipo de sustancia (alcoholismo, drogas ilícitas- crack, marihuana, cocaína, inyectables, popper, cola de zapatero, éxtasis, etc.)
Otros: Especificar otros tipos de padecimientos que se considere de riesgo. (colagenopatías, neoplasias, con trasplante de órganos, diálisis, etc.).

Según historia de tratamiento cuando se tomó el esputo que mostro TB DR
Marcar con una "X", según historia de tratamiento anterior en uno de los siguientes:
Nuevo
Recaída
Después de pérdida en el seguimiento
Después de fracaso a un 1er. Tratamiento de 1ra. línea
Después de fracaso al retratamiento con medicamentos de primera línea.
Transferencia recibida (de otra unidad de salud en la que inicio el tratamiento de TB DR)
Otro (caso positivo sin condición de egreso conocido, caso positivo que recibió un esquema de tratamiento diferente al I o II –privado-, antes tratados por TB-EP, casos que recibieron muchos tratamientos "crónicos")

Información acerca de VIH
Consejería: Marcar con una "X" en Sí, en el caso que el/la paciente recibió consejería o No, en el caso que no la recibió.Rechazó test: marcar con una "X" en Rechazó el test, en el caso que el/la paciente se niega a realizar el test rápido de VIH.
Resultado de Test rápido: Si lo realizó indicar el resultado del test del test rápido marcando con una "X" en el círculo del resultado, donde 0 (cero) es No Reactivo y 1 (uno) es Reactivo. Fecha del test: indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
PVIH: en caso que el/la paciente convive con el VIH. Fecha de confirmación: indicar la fecha en que se confirmó el resultado, en dd/mm/aa.
Inicia ARV: (solo se marca si el paciente es un caso de VIH) marcar en Sí, si se inicia tratamientoantiirretroviral al caso confirmado de VIH, con la Fecha en la que comienza su tratamiento. Marcar No, si al caso confirmado de VIH no se le inició su tratamiento antirretroviral.
ARV que utiliza: Anotar las nomenclaturas de los antirretrovirales que se le administra al paciente. Ej.: AZT, ddI, NVP, EFZ
IniciaTMP/SMX: (solo se marca si el paciente es un caso de VIH) marcar en Sí, si se inicia tratamiento de TrimetropinSulfa al caso confirmado de VIH, con la Fecha en la que comienza su tratamiento. Marcar No, si al caso confirmado de VIH no se le inició su tratamiento TrimetropinSulfa.

Historial Farmacológico
Episodios previos de tratamiento de tuberculosis
Nro.: anotar a modo de número de orden, iniciando con el número"1" los tratamientos anteriores que haya recibido el paciente.
Fecha de inicio (Sí se desconoce escriba el año): Anotar la fecha en que inició cada tratamiento. En caso de que no sepa la fecha, anotar el año.
Régimen (registre las abreviaciones de los medicamentos): Registrar las iniciales de las drogas antibacilares, utilizadas en cada tratamiento. Ej.: HRZE.
Resultado de Tratamiento: Anotar el número de código que corresponda: 1. Curado 2. Tratamiento Completo 3. Fracaso al Tratamiento 4. Pérdida en el Seguimiento 5. Traslado
Uso de medicamentos de 2da línea (en tratamientos anteriores): Marcar en Sí, si el /la paciente ha utilizado medicamentos de segunda línea en sus tratamientos anterio-res. Marcar en No, si el paciente no ha recibido aún medicamentos de segunda línea. En caso de haber marcado Sí, especificar las drogas utilizadas, con su respectiva nomenclatura. Ej.: Cfz, Km, Lfx, Eto.

Revisión del Comité Nacional TB-DR: fechas y decisiones
Fecha: Registrar en dd/mm/aaaa la fecha en que se realiza la reunión del Comité Nacional TB-DR, para estudiar los casos de drogorresistencia.
Decisión: registrar las indicaciones que se le da al tratamiento del paciente.
Próxima fecha: Anotar la próxima fecha que se marca para la revisión del Comité Nacional.

Pág. 3.
Control de Contactos:
Nombre (s): Anotar el nombre completo del contacto del/la paciente, con letra legible.
Apellido (s): Anotar el apellido completo del contacto del/la paciente, con letra legible.
Edad: se divide en dos columnas F (femenino) y M (masculino) anotar la edad en años cumplidos en la columna F si el contacto es del sexo femenino o en M, si el contacto es del sexo masculino.
Tipo: marcar en ID (intradomiciliario) si es contacto convive con el paciente en la misma casa y ED (extradomiciliario) si es un contacto del lugar de trabajo, o centro educativo, etc.

Control 1
Fecha: en dd/mm/aaaa la fecha del resultado el primer control del contacto. La celda superior está destinada para la fecha de la baciloscopía, la de abajo, para la fecha del cultivo.
Resultado: registrar en la celda superior, el resultado de su baciloscopía y en la inferior, el resultado de cultivo.
(Este mismo procedimiento se aplicará para los siguientes controles)
Observaciones: Anotar cualquier observación con respecto a los controles bacteriológicos del/la paciente, que al personal de salud le parezca pertinente.

Pág. 4.
Evolución clínica: se anotarán los datos solicitados, como aparecen más adelante.
RX inicial: anotar la fecha de la RX y luego marcar con una "X" en Der (derecha) o Izq (izquierda) lo siguiente:
Infiltrados
Cavidades
Neumotórax
Derrame Pleural

Laboratorio Inicial: anotar la fecha del laboratorio.
En los demás indicadores, registrar el resultado que se recibió:
Hemoglobina, SGOT, SGPT, Otros (algún otro estudio que se haya realizado, que sea importante conocer para el tratamiento del paciente.

Cuadro
Anotar los controles que se le ha realizado por fecha y/o mes de tratamiento. Se completarán las siguientes columnas:
Fecha: anotar la fecha en dd/mm/aaaa del control que se hace al paciente.
Mes de TTO.: anotar el mes de tratamiento en que se encuentra el paciente, si es el 3er mes, de los 18 que se le indicó para su tratamiento, se colocará 3/18.
Peso: registrar el peso del paciente en Kg., al momento del control.
En las siguientes columnas, desde Náuseas hasta Hiperuricemia, con una "X" si es que presentó algunas de esas reacciones.
Otra: anotar cualquier otra RAFA (reacción adversa a fármacos antibacilares) que no se enceuntra descrita anteriormente.
Suspensión de medicamento: marcar con "X" si se suspendió el tratamiento. En la columna Observaciones, registrar el motivo por el cual se le suspende.
Cambio de dosis: marcar con "X" si se cambia las dosis del tratamiento del/la paciente.. Más abajo en el cuadro de Régimen de tratamiento de TB-DR: Fecha y dosis (mg) de inicio de tratamiento, cambio de dosis y de medicamentos se anotarán las dosis y los medicamentos y también cuando hayan sido modificados.
RX: marcar con "X" si se le realizó Rx durante el tratamiento al paciente.
Observaciones: Anotar cualquier observación que el personal de salud considere importante. Específicamente si se suspendieron los medicamentos o cambio de dosis.

Cuadro Análisis Clínicos
En este cuadro se anotarán los resultados de los análisis clínicos realizados al paciente durante su tratamiento
Fecha: anotar la fecha en dd/mm/aaaa del control que se hace al paciente.
Resultados: Registrar el nombre del examen clínico con sus respectivos resultados de los análisis clínicos realizados. Ej: Hemoglobina 12 g/dL
Observaciones: anotar cualquier observación que el personal de salud considere pertinente.

Pág. 5.
ESQUEMA DE TRATAMIENTO
Régimen de tratamiento de TB-DR: Fecha y dosis (mg) de inicio de tratamiento, cambio de dosis y de medicamentos
Aquí se registrará al inicio de tratamiento, cuando se cambien las dosis y/o medicamentos o cuando pase a la 2da fase.
En la primera fila, anotar datos del inicio de tratamiento.
Fecha: registrar en dd/mm/aaaa la fecha en que se inicia tratamiento (en la primera línea). Cuando se cambien las dosis y/o medicamentos, o cuando se pase a la 2da fase (en las siguientes líneas)
A continuación se encuentran las columnas con las iniciales y nomenclaturas de algunos de los medicamentos, tanto de primera como de segunda línea, además existen 4 columnas vacías por si se administre otro medicamento que no se encuentre en las columnas anteriores. En ellos se debe registrar la dosis por mg-gr/Kp/día.
Ej: Fecha: 22/04/2014 Z: 1.500 mg/dìa, Km 1gr/día, Lfx: 750mg/día, Eto 750mg/día.
Comentarios: anotar cualquier observación que el personal de salud considere pertinente. Específicamente si se cambió la dosis y/o la medicación, explicar el porqué.

Administración de medicamentos (una línea por mes)
Mes y Año: en la primera fila, se registrará el mes y año en que el/la paciente inicia su tratamiento. Ej.: si el/la paciente comienza el 5 de mayo de 2014, se registrará con las primeras tres letras del mes y los dos últimos números del año (May. 14), posteriormente se marca con una "X" (en boligrafo de color azul o negro) en la fecha 5 correspondiente a la primera toma y se tacha los días anteriores, a fin de evitar confusiones. Se anula la fecha 31, en caso de que el mes solo traiga 30 días.
A partir de esa fecha, se administrará el medicamento de forma diaria de lunes a lunes y se marcará en el formulario cada día del mes que el/la paciente recibe su dosis de antibacilares. Solo si el si es que el personal de salud supervisa el tratamiento se marcará con una "X" en caso de que no lo haya observado, se coloca la letra N, la ausencia o falta para administración del medicamento se anotará con la letra A en color rojo.

Una vez finalizada la fila del mes de tratamiento, registrar en la columna Total dosis administradas Mensual, las drogas y las dosis recibidas durante ese mes. La Dosis equivale a días en que tomo la medicación. Ejemplo: 16 KM-Z-Lfx-Eto-E*-Css.
Peso mensual (kg): registrar el peso del/la paciente en Kg. (Kilogramos) de manera mensual durante el tratamiento.
Esto aplica tanto para la última parte (tabla) de la pág.5, como la primera parte de la pág. 6 (tabla de Administración de medicamentos)

Pág. 6.
Nombre y firma del médico responsable del ingreso: anotar el nombre del médico que indicó en el ingreso, con su firma.
Nombre y firma del responsable de TDO: anotar el nombre del personal de salud que se encarga de realizar el TDO, con su firma.
Nombre y firma del médico responsable del egreso: anotar el nombre del médico que indicó en el egreso, con su firma.
Resultado de tratamiento (Tabla)
Marcar con una "X" en uno de los siguientes, según el alta del paciente: Curado, Tratamiento Completo, Pérdida en el Seguimiento, Traslado o Fallecido, en la columna de al lado Fecha, registrar en dd/mm/aaaa, la fecha en que el paciente egresó del tratamiento.

Pág. 7.
Resultados Bacteriológicos
Aquí se anotará los resultados bacteriológicos del/la paciente, antes y durante su tratamiento. Tanto e Baciloscopía, Cultivo y Genexpert (los datos de prueba de sensibilidad a drogas, se consignarán en la tabla que se encuentra en la tabla siguiente)
En la primera fila (Antes **), se anotarán los resultados pertenecientes a la fecha de cuando se presumió que el/la paciente fuera un caso de TB-DR y que hizo que se le tomara una muestra de esputo para BK, Cultivo Y PSD.
En la segunda fila (0***) se anotarán la baciloscopía y cultivo antes de la primera toma de tratamiento.
En las siguientes filas, se anotarán los controles bacteriológicos realizados durante el tratamiento, mes a mes.
Fecha de toma: anotar en dd/mm/aaaa la fecha en la que se tomó la muestra.
Laboratorio: anotar el nombre del laboratorio donde se procesó la muestra.
Código Lab.: registrar en números, el código del laboratorio.
Baciloscopía
Fecha de resultado: anotar en dd/mm/aaaa la fecha en la que se obtuvo el resultado.
Resultado: anotar el resultado 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos.

Cultivo
Fecha de resultado: anotar en dd/mm/aaaa la fecha en la que se obtuvo el resultado.
Resultado: anotar el resultado del cultivo. el resultado obtenido. 0 = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias); **+** = 20-100 colonias, **++**; = >100 colonias; **+++** = innumerables o crecimiento confluente; (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias); **+**= 20 -100 colonias, **++**; >100 colonias; **+++**= innumerables o crecimiento cofluente; **CC**= Cuando el Cultivo es Contaminado.
GeneXpert:
Fecha de resultado: anotar en dd/mm/aaaa la fecha en la que se obtuvo el resultado.
Resultado: anotar el resultado del del análisis en cuanto al GeneXpert. T = MTB detectado, Resistencia a Rifampicina no detectada, RR = MTB detectada, Resistencia a Rifampicina detectada, TI = MTB detectada, Resistencia a Rifampicina indeterminada, N = MTB no detectada, I = inválido / sin resultados / error.

Resultado de prueba de sensibilidad a drogas
Aquí se registrarán los resultados de PSD (prueba de sensibilidad a drogas)
En la primera fila, se anotarán los resultados pertenecientes a la fecha de cuando se diagnosticó al paciente como un caso de TB-DR.
En las siguientes filas, se registrarán los resultados pertenecientes a controles donde se le ha solicitado la PSD al paciente.
Fecha de toma: anotar en dd/mm/aaaa la fecha en la que se tomó la muestra.
Fecha de resultado: anotar en dd/mm/aaaa la fecha en la que se obtuvo el resultado.
En las siguientes columnas están las letras o nomenclaturas de las drogas. Registrar en éstas columnas si es R (resistente), S (sensible), C(contaminado), NC (no crecimiento)

TESÃI HA TEKO PORÃVE MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

Tarjeta de Tratamiento TB - DR

Datos de Identificación	
Documento de Identificación: CI ◯ Pasaporte ◯ Carnet Indígena ◯ Nro. No porta ◯ No tiene ◯	
Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Apellido de casada:	Etnia: No Aplica ◯ Aplica ◯ Especificar:
Fecha de Nacimiento: / /	Edad: Sexo: F ◯ M ◯
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:
Datos de Residencia	
Departamento:	Distrito / Ciudad:
Área: Urbana ◯ Rural ◯	Barrio / Comunidad Indígena:
Calle y Nro. de Casa:	Nro. Teléfono / Celular:
	Penitenciaría: No Aplica ◯ Aplica ◯ Especificar:
Referencia:	

Programa Nacional de Control de Tuberculosis

Fecha deinicio de tratamiento: / /

Servicio de Salud: _____

Distrito: _____

Departamento: _____

LocalizaciónAnatómica:

Pulmonar ◯ Extrapulmonar ◯ Ambos ◯

Sí es EP, especificar localización: _____

Mujer en edad reproductiva Sí ◯ No ◯ No aplica ◯

Método anticonceptivo utilizado: _____

Clasificación de Riesgo

Población de Riesgo:

Contacto TB ◯
Contacto TB-DR ◯
Privado de libertad ◯
Personal de Salud ◯
Población indígena ◯

Situación de Riesgo:

Diabetes Sí ◯ No ◯ Desconoce ◯
Tabaquismo Sí ◯ No ◯
Cantidad diaria_____ Años _____
EPOC Sí ◯ No ◯ Desconoce_____
Adicciones Sí ◯ No ◯ Especificar_____
Otro ◯ Especificar_____

TARJETA DE TRATAMIENTO TB-DR

Según historia de tratamiento cuando se tomo el esputo que mostro TB DR	Marcar sólo uno
Nuevo	
Recaída	
Después de pérdida en el seguimiento	
Después de Fracaso a un 1er. Tr atamiento de 1ra. línea	
Después de fracaso al retratamiento con medicamentos de primera línea	
Transferencia recibida (de otra unidad de salud en la que inicio el tratamiento de TB DR)	
Otro (caso positivo sin condición de egreso conocido, caso positivo que recibió un esquema de tratamiento diferente al I o II –privado-, antes tratados por TB-EP, casos que recibieron muchos tratamientos "crónicos")	

Información acerca de VIH

Consejería Sí ◯ No ◯ Rechazó test ◯

Resultado Test rápido: 0 ◯ 1 ◯ Fecha del Test: / /

PVIH ◯ Fecha de confirmación: / /

Inicia ARV: Sí ◯ No ◯ Fecha: / /

Inicia TMP/SMX: Sí ◯ No ◯ Fecha: / /

ARV que utiliza: _____

Historial Farmacológico			
Episodios previos de tratamiento de tuberculosis			
Nro.	Fecha de inicio (Sí se desconoce escriba el año)	Régimen (registre las abreviaciones de los medicamentos)	Categoría del egreso del tratamiento

Uso de medicamentos de 2da línea

Sí ◯ No ◯

En caso de responder Sí, especifique:

_____

_____

Primera línea
H = Isoniacida
R = Rifampicina
E = Etambutol
Z = Pirazinamida
S = Estreptomicina

Km = Kanamicina
Am = Amikacina
Cm = Capreomicina
Lfx = Levofloxacina
Mfx = Moxifloxacina
Gati = Gatifloxacina
Ofx = Ofloxacina
Eto = Ethionamida
Pto = Protionamida
Cs = Cicloserina
Trd = Teridizona

Segunda línea (cont)
PAS = Acido Para amino
Cfz = Clofacimina
Lzd = Linezolid
Amx/Clv = Amoxiclinna
Thz = Thioacetazone
Clr = Claritromicina
Mpm = Meropenem
Ipm/cln = Imipenem/cilastatina
H* = Isoniacida alta do

Revisión del Comité Nacional TB-DR: fechas y decisiones

Fecha	Decisión	Próxima fecha

Programa Nacional de Control de Tuberculosis

Control de contactos:

Nro de Orden	Nombre (s)	Apellido (s)	Edad		Tipo		Gene Xpert		Control 1		Control 2		Control 3		Control 4		Control 5		Control 6	
			F	M	ID	ED	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado
1								C:		C:		C:		C:		C:		C:		C:
								BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:
2								C:		C:		C:		C:		C:		C:		C:
								BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:
3								C:		C:		C:		C:		C:		C:		C:
								BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:
4								C:		C:		C:		C:		C:		C:		C:
								BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:
5								C:		C:		C:		C:		C:		C:		C:
								BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:
6								C:		C:		C:		C:		C:		C:		C:
								BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:
7								C:		C:		C:		C:		C:		C:		C:
								BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:
8								C:		C:		C:		C:		C:		C:		C:
								BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:
9								C:		C:		C:		C:		C:		C:		C:
								BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:
10								C:		C:		C:		C:		C:		C:		C:
								BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:
11								C:		C:		C:		C:		C:		C:		C:
								BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:
12								C:		C:		C:		C:		C:		C:		C:
								BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:		BK:

ID = Intra Domiciliario ED = Extra Domiciliario

OBSERVACIONES _____

Evolución Clínica

RX inicial _____ Der Izq

Infiltrados ◯ ◯
Cavidades ◯ ◯
Neumotórax ◯ ◯
Derrame pleural ◯ ◯

Laboratorio inicial _____

Hemoglobina _____
SGOT _____
SGPT _____

Otros _____ _____
_____ _____
_____ _____

Fecha	Mes de TTO	Peso	# Faltas a TTO	Náuseas	Vómitos	Dolor abdominal	Diarreas	Pérdida de apetito	Pirosis	Cefaleas	Neuropatía perif.	Convulsiones	Depresión	Alucinaciones	Trast. visuales	Mareos	Tinitus	Pérdida de audición	Dolores articulares	Prurito	Erupción cutánea	Dermatitis severa	Hiperuricemia	Otra	Suspensión medicamento	Cambio de dosis	RX	Observaciones

Análisis Clínicos

Fecha	Resultados	Observaciones

Programa Nacional de Control de Tuberculosis

ESQUEMA DE TRATAMIENTO

Régimen de tratamiento de TB-DR: Fecha y dosis (mg) de inicio de tratamiento, cambio de dosis y de medicamentos

Fecha	H	R	Z	E	S	Km	Am	Cm	Lfx	Eto	Cs	PAS					Comentarios

Administración de medicamentos (una línea por mes)

Mes y Año	Día																															Total dosis administradas Mensual	Peso mensual (kg)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

Marcar en el casillero correspondiente a la fecha de administración del tratamiento: X = Directamente observado (color azul o negro) A = Ausencia o falta (color rojo) N = No observado

Administración de medicamentos (una línea por mes)

Mes	Día																															Total dosis administradas Mensualmente	Peso mensual (kg)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

Marcar en el casillero correspondiente a la fecha de administración del tratamiento: X = Directamente observado (color azul o negro) A = Ausencia o falta (color rojo) N = No observado

Nombre y firma del médico responsable del ingreso: _____

Nombre y firma del responsable de TDO: _____

Nombre y firma del médico responsable del egreso: _____

Resultado de tratamiento	**marcar uno**	**Fecha**
Curado		
Tratamiento completo		
Fracaso al Tratamiento		
Pérdida en el Seguimiento		
Traslado		
Fallecido		

Programa Nacional de Control de Tuberculosis

Resultados Bacteriológicos

Mes Nro.	Fecha de toma*	Laboratorio	Código Lab.	Baciloscopía		Cultivo		GeneXpert	
				Fecha de resultado	Resultado	Fecha de resultado	Resultad	Fecha de resultado	Resultad
Antes**									
0***									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									

Nota:

* Todas las fechas en las tablas que indican baciloscopías, cultivos y prueba de sensibilidad a drogas, son fechas que fueron tomadas

** La fecha de cuando se presumió que el paciente fuera un caso de TB-DR y que hizo que se le tomara una muestra de esputo para BK, Cultivo y PSD

*** La baciloscopía y cultivo antes de la primera toma de tratamiento

Informe de resultados de baciloscopía

No se encuentran BAAR en 100 campos	Neg (-)
1-9 BAAR por 100 campos	Anotar el nro de BAAR encontrados
10-99 BAAR por 100 campos	+
1-10 BAAR por campo	++
> 10 BAAR por campo	+++

Informe de resultados de cultivo

No hay crecimiento	Neg (-)
Menos de 10 colonias	Anotar el nro de BAAR encontrados
10-100 colonias	+
Más de 100 colonias	++
Innumerable o confluente	+++

Resultado de prueba de sensibilidad a drogas

Fecha de toma*	Fecha del resultado	H	R	Z	E	S	Km	Am	Cm	Lfx

Registrar:
R = Resistente
S = Sensible
C = Contaminado
NC = No Crecimiento

Libro de SR o caso presuntivo de TB no SR

Instructivo para el llenado del Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o caso presuntivo de TB no SR.

Consideraciones Generales: *El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados.*

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.
1.Cuando el Personal de Salud capta al Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR a ser examinado, trascribe los datos de la Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis (TB). Formulario 1
2.Cuando el Personal de Salud capta al Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR y el mismo niega a realizarse el diagnóstico.

Cuerpo del formulario.
1. N° de orden (columna 1): Anotar los números en forma correlativa de acuerdo al orden en que se atienden a los Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR.
2. Fecha de Identificación (columna 2): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la identificación del Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR.
3. N° de la Cédula de Identidad o Carné del Indígena (columna 3): Anotar el número de cédula de identidad ó el número de Carné del indígena. Y en el caso de que no tenga número de documento asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo. José Martínez González- 15 de febrero de 1973. JM150273. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.
4. Nombres y Apellidos (columna 4): Anotar con letra legible el/los Nombre/s y Apellido/s del Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR.
5. Etnia (columna 5): Anotar la Etnia en el caso que el paciente sea indígena (Aché, Avá Guaraní, Ayoreo, Mbyá, Maká, etc.). Si no es Indígena escribir NA (No aplica).
6. Sexo (columna 6): Anotar la inicial del sexo del Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR. M (masculino) o F (femenino).
7. N° Telefónico (columna 7): Anotar el número de teléfono del Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR.

8. Baciloscopía
1ª Muestra
9. Fecha de Recepción de la Muestra (columna 8): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la recepción de la muestra.**Resultado y Fecha (columna 9):** Anotar en la parte superior de la celda el Resultado de Baciloscopía de la primera muestra. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. En el espacio inferior indicar la Fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
2ª Muestra
10. Fecha de Recepción de la Muestra (columna 10): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la recepción de la muestra.**Resultado Fecha (columna 11):** Anotar en el espacio superior el Resultado de Baciloscopía de la segunda muestra. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. En el espacio inferior indicar la Fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
3ª Muestra
11. Fecha de Recepción de la Muestra (columna 12): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la recepción de la muestra.
12. Resultado Fecha (columna 13): Anotar en el espacio superior el Resultado de Baciloscopía de la tercera. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. En el espacio inferior indicar la Fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aaaa.
13. Cultivo.
14. Realizado (columna 14): Anotar Sí en el caso que se solicite estudio de Cultivo y No, en caso de no solicitar cultivo.
15. Fecha de envío de la muestra (columna 15): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) en que se envía de la muestra para cultivo.
16. Resultado y Fecha (columna 16): Anotar el espacio superior el resultado obtenido en el cultivo. 0 = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias); **+** = 20-100 colonias, **++**; >100 colonias; **+++** = innumerables o crecimiento confluente; **CC**= Cuando el cultivo es contaminado. Y en el espacio inferior, Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.
17. Observación (columna 17): En la columna observación se debe anotar cualquier dato relevante que hubiere. Ejemplo: Paciente se niega a dar la muestra. Resultado pendiente.

Importante. El libro quedara dentro del Servicio de Salud. No es de notificación.

TESÃI HA TEKO PORAVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR.

N° Orden	Fecha de Identificación	N° de la Cédula de Identidad o Carnè del Indigena	Nombres y Apellidos	Etnia	Sexo	N° Telefónico	Baciloscopia						Cultivo			Observaciones
							1ª Muestra		2ª Muestra		3ª Muestra		Realizado	Fecha de envio de la muestra	Resultado y Fecha	
							Fecha de Recepción de la Muestra	Resultado y Fecha	Fecha de Recepción de la Muestra	Resultado y Fecha	Fecha de Recepción de la Muestra	Resultado y Fecha				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17