

A N E X O

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS

1.- DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____ (años) Sexo (V/M)

Domicilio _____ Teléfono _____

Barrio _____ Municipio _____

Tipo de domicilio:

Particular C. Penitenciario Traslado otro C. Penitenciario C. Acogida Otros Especificar _____

Ocupación _____ Centro de trabajo _____

País de Origen _____ Residente No
Si Desde cuándo ____/____
(mes y año)

2.- DATOS CLÍNICOS

Tipo de caso:

Inicial Abandono Recaída Resistente

Enfermedad actual

Fecha de inicio de síntomas ____/____/____

Localización

Pulmonar
Otras respiratorias
Meningea
Ganglionar
Articular
Urinaria
Diseminada
Otras _____

Tipo de lesión pulmonar en niños (< 14 años)

Linfadenopatía hiliar o mediastínica
Linfadenopatía paratraqueal
Infiltrados parenquimatosos
Consolidación neumónica
Atelectasia
Derrame pleural
Tuberculosis miliar
Otras _____Fecha de inicio de tratamiento ____/____/____ Fecha de fin de tratamiento ____/____/____
(día, mes y año) (día, mes y año)

Tratamiento:	Fármacos	Duración (meses)
	Isoniazida <input type="checkbox"/>	_____
	Rifampicina <input type="checkbox"/>	_____
	Pirazinamida <input type="checkbox"/>	_____
	Etambutol <input type="checkbox"/>	_____
	Estreptomina <input type="checkbox"/>	_____
	Otros _____	_____

Hospitalización: No Sí Centro hospitalario _____Fecha de ingreso ____/____/____ N° Hª Clínica _____
(día,mes y año)

3.- PRUEBAS DIAGNÓSTICASMantoux No Sí mm _____

Microscopia	Sí <input type="checkbox"/>	Tipo de muestra:	1 Esputo <input type="checkbox"/> 2 Aspirado bronquial <input type="checkbox"/> 3 Aspirado gástrico <input type="checkbox"/> 4 L.C.R. <input type="checkbox"/> 5 Orina <input type="checkbox"/>	Resultado:	Positiva <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				Negativa <input type="checkbox"/>
Cultivo	Sí <input type="checkbox"/>	1 Esputo <input type="checkbox"/> 2 Aspirado bronquial <input type="checkbox"/> 3 Aspirado gástrico <input type="checkbox"/> 4 L.C.R. <input type="checkbox"/> 5 Orina <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>	
	No <input type="checkbox"/>				
Histología	Sí <input type="checkbox"/>	Ganglionar <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológica <input type="checkbox"/> No hecha <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>	
	No <input type="checkbox"/>				
Radiografía de tórax					

Identificación del germen **4.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Factores de riesgo	Situaciones de riesgo
Diabetes <input type="checkbox"/>	* Contacto de un caso de Tbc No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
HIV <input type="checkbox"/>	
Neoplasia <input type="checkbox"/>	Tipo de contacto <input type="checkbox"/>
Asma bronquial <input type="checkbox"/>	* Otras situaciones <input type="checkbox"/>
ADVP <input type="checkbox"/>	
Alcoholismo <input type="checkbox"/>	
Otras <input type="checkbox"/>	

Convivientes: _____ Total de convivientes: _____ estudiados _____ positivos _____

5.- SEGUIMIENTO DEL PACIENTE
 Curación Tratamiento completo Fracaso terapéutico Traslado
 Tratamiento interrumpido Exitus
6.- DATOS DEL MÉDICO QUE ATIENDE EL CASO

Nombre y Apellidos _____

Servicio _____ Centro _____ Teléfono _____