

DATOS DEL NOTIFICADOR

Notificador..... Fecha:...../...../.....
Centro notificador Servicio:..... Teléfono:.....

DATOS DEL ENFERMO

Nombre: Apellidos: /
Fecha nacimiento:/...../..... Edad: Sexo: Hombre Mujer Tfno.:
Domicilio: Municipio: Provincia:
País de origen (en extranjeros): Fecha de llegada:/...../.....
Ocupación:..... Centro de trabajo o colectivo:
Domicilio del trabajo o colectivo.....

FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS:/...../..... FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO:/...../.....

DATOS SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Se instauró el tratamiento en: Hospital Atención Primaria Especialista extrahospitalario Otros (especificar)
Hospitalización: No Sí, Centro hospitalario: Nº Historia:
Lugar de seguimiento: Hospital Atención Primaria Especialista extrahospitalario Otros (especificar)
MANTOUX: En mm Positivo Negativo Desconocido PRUEBA IGRA: Positivo Negativo
Radiología tórax: Indicativa de TB ADA: Indicativo de TB TAC: Indicativo de TB Otras pruebas diagnósticas (especificar):
 No indicativa de TB No indicativo de TB No indicativo de TB
 No realizada

SITUACIONES DE RIESGO ASOCIADAS

Tabaquismo: Sí No
Anticuerpos anti-VIH: (+) (-) Desconocido
Alcoholismo: Sí No
Usuarios de drogas parenterales: Sí, actualmente o en últimos 2 años
 ExUDVP desde hace 2 años
 No
Chabolismo Sí No
Indigencia..... Sí No
Estancia en penitenciaría en los 2 últimos años : Sí No
Centro penitenciario:.....

Gastrectomía:..... Sí No
Inmunosupresión: Sí No
Diabetes..... Sí No
Silicosis Sí No
Neoplasia Sí No
Otros (especificar)

Pertenece a uno de los siguientes colectivos:
• Centro escolar Sí No
• Residencia geriátrica Sí No
• Comunidad terapéutica Sí No
• Albergue Sí No
• Centro de deficientes psíquicos Sí No
• Otros (especificar)

Ha recibido tratamiento antituberculoso previo: Sí No

Contacto con enfermo TB Sí No Nº de años desde el contacto..... Microepidemia Sí No
Forma de contacto
 Conviviente
 Frecuente no conviviente
 Laboral/Escolar
 Esporádicos
 Otros (especificar)

Localización 1:

Pulmonar Genitourinaria
 Pleural Otros órganos
 Meningea o SNC Miliar
 Digestiva Linfática intratorácica
 Ostearticular Linfática extratorácica

Localización 2:

Pleural Otros órganos
 Meningea o SNC Miliar
 Digestiva Linfática intratorácica
 Ostearticular Linfática extratorácica
 Genitourinaria

DATOS DE LABORATORIO

Muestra: Espudo Fecha:/...../.....
Microscopía: (+) (-)
Cultivo: (+) (-) Pendiente
PCR: (+) (-)

Muestra: (especificar) Fecha:/...../.....
Histopatología: (+) (-)
Microscopía: (+) (-)
Cultivo: (+) (-) Pendiente
PCR: (+) (-)

Muestra: (especificar) Fecha:/...../.....
Histopatología: (+) (-)
Microscopía: (+) (-)
Cultivo: (+) (-) Pendiente
PCR: (+) (-)

Estudio genético cepa: No Sí Especificar:.....

Muestra:

- Orina
- Líquido pleural
- Aspirado gástrico
- LCR
- Hemocultivo
- Broncoaspirado (BAS)
- Líquido articular
- Líquido peritoneal
- Otra no biopsia (especificar)
- Biopsia pleural pulmonar
- Biopsia adenopatías (incluyendo PAAF de ganglio)
- Biopsia adenopatías
- Biopsia renal
- Biopsia médula ósea
- Otra biopsia (especificar)

Tipo de Micobacteria:

- M. Tuberculosis
- M. Bovis
- M. Africanum

Estudio de Resistencias:

- No resistente
- Resistente a:
 - Isoniacida
 - Ripampicina
 - Etambutol
 - Estreptomina
 - Etionamida
 - Pirazinamida
 - Otros

DATOS DE SEGUIMIENTO

Fecha fin de seguimiento/...../.....
Motivo fin de seguimiento: Completado tratamiento Se ha instaurado tratamiento supervisado: No Sí Centro Sanitario:
 Éxito por TB Éxito por otra causa Otros
 Pérdida Traslado a otra provincia/país
Sucesos evolutivos: Abandono tratamiento Reinicio tratamiento Fecha:/...../..... Fracaso terapéutico Pauta de tratamiento > 12 meses

ESTUDIO DE CONTACTOS

Realizado	Convivientes	No convivientes	Colectivo	Número de convivientes con el caso
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de contactos estudiados
No enfermos/No infectados
Infectados (Mantoux ≥ 5 mm)
Enfermos

OBSERVACIONES:

.....
.....