



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TUBERCULOSIS

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: Sí No Centro hospitalario: Nº Historia:
Lugar de seguimiento: Hospital Atención Primaria Especialista extrahospitalario Otros (especificar)
MANTOUX: Sí No En mm **PRUEBA IGRA:** Positivo Negativo No realizado

Radiología tórax: <input type="checkbox"/> Indicativa de TB <input type="checkbox"/> No indicativa de TB <input type="checkbox"/> No realizada	ADA: <input type="checkbox"/> Indicativo de TB <input type="checkbox"/> No indicativo de TB	TAC: <input type="checkbox"/> Indicativo de TB <input type="checkbox"/> No indicativo de TB	Otras pruebas diagnósticas (especificar)
---	---	---	--

SITUACIONES DE RIESGO ASOCIADAS

Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Anticuerpos anti-VIH	<input type="checkbox"/> (+)	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> Desconocido
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Usuarios de drogas parenterales	<input type="checkbox"/> Sí, actualmente o en últimos 2 años	
	<input type="checkbox"/> ExUDVP desde hace 2 años	
	<input type="checkbox"/> No	

Infravivienda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Indigencia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Estancia en penitenciaría en los últimos años:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Centro penitenciario	

Gastrectomía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Inmunosupresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Silicosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Neoplasia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otros (especificar)	

Pertenece a uno de los siguiente colectivos

• Centro Escolar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Residencia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Comunidad terapéutica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Otros (especificar)	

Ha recibido tratamiento antituberculoso previo: SI NO
Contacto previo con enfermo TB Sí No Nº de años desde el contacto
Forma de contacto: Conviviente Frecuente no conviviente Laboral/Escolar Esporádicos Otros (especificar).....

Localización 1:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pulmonar | <input type="checkbox"/> Genitourinaria |
| <input type="checkbox"/> Pleural | <input type="checkbox"/> Otros órganos |
| <input type="checkbox"/> Meningea o SNC | <input type="checkbox"/> Miliar |
| <input type="checkbox"/> Digestiva | <input type="checkbox"/> Linfática intratorácica |
| <input type="checkbox"/> Ostearticular | <input type="checkbox"/> Linfática extratorácica |

Localización 2:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pleural | <input type="checkbox"/> Otros órganos |
| <input type="checkbox"/> Meningea o SNC | <input type="checkbox"/> Miliar |
| <input type="checkbox"/> Digestiva | <input type="checkbox"/> Linfática intratorácica |
| <input type="checkbox"/> Ostearticular | <input type="checkbox"/> Linfática extratorácica |
| <input type="checkbox"/> Genitourinaria | |

DATOS DE LABORATORIO

Muestra: Esputo Fecha:/...../.....

- Microscopía: (+) (-)
- Cultivo: (+) (-) Pendiente
- PCR (+) (-)

Muestra: (especificar) Fecha:/...../.....

- Histopatología (+) (-)
- Microscopía (+) (-)
- Cultivo: (+) (-) Pendiente
- PCR: (+) (-)

Muestra: (especificar) Fecha:/...../.....

- Microscopía: (+) (-)
- Cultivo: (+) (-) Pendiente
- PCR (+) (-)

Estudio genético cepa No Sí Especificar

Muestra:

1. Orina
2. Líquido pleural
3. Aspirado gástrico
4. LCR
5. Hemocultivo
6. Broncoaspirado (BAS)
7. Líquido articular
8. Líquido peritoneal
9. Otra no biopsia (especificar)....
.....
10. Biopsia pleural pulmonar
11. Biopsia adenopatías
(incluyendo PAAF de ganglio)
12. Biopsia adenopatías
13. Biopsia renal
14. Biopsia médula ósea
15. Otra biopsia (especificar)....
.....

Tipo de Microbacteria:

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

Estudio de Resistencias:

- No Resistentes
- Resistentes a:
- Isoniacida
 - Rifampicina
 - Etambutol
 - Estreptomicina
 - Etionamida
 - Pirazinnamida
 - Amikacina
 - Capreomicina
 - Ciprofloxacino
 - Kanamicina
 - Otros

DATOS DE SEGUIMIENTO

Se ha instaurado tratamiento supervisado Sí No **Centro**

Fecha fin de seguimiento/...../.....

Motivo fin de seguimiento:

- Completado tratamiento
- Éxito por TB Éxito por otra causa Otros
- Pérdida Traslado a otra provincia/país:

Sucesos evolutivos:

- Abandono tratamiento Reinicio tratamiento/...../..... Fracaso terapéutico Pauta de tratamiento > 12 meses

ESTUDIO DE CONTACTOS

Sí realizado No realizado

	Convivientes	No convivientes	Colectivo	Núm. de convivientes con el caso
Número de contactos estudiados				
No enfermos/No infectados				
Infectados (Mantoux ≥ 5 mm)				
Enfermos				

CONTACTOS/OBSERVACIONES: