Libertad y Orden

República de Colombia - Ministerio de la Protección Social

TARJETA INDIVIDUAL DE CONTROL DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS

DATOS GENERALES

Departamento:	**Regimen:**	**Grupo Etnico :**
Municipio / Loc:	**Aseguradora:**	**Pueblo indigena**
Tipo de identificación y número:	**IPS:**	

DATOS IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES

EDAD:

UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD: 1 AÑOS 2 MESES

GÉNERO: 1 Masculino 2 Femenino

OCUPACIÓN:

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA O COMUNIDAD DONDE HABITA	BARRIO / VEREDA	TELÉFONO:
NOMBRE DEL LUGAR DE TRABAJO Y DIRECCIÓN	**BARRIO / VEREDA**	**TELÉFONO:**

CONDICIÓN DE INGRESO

TIPO DE PACIENTE

1 **Nuevo** 2 **Recaída** 3 **Reingreso después de abandono**

4 **Remitido** → **IPS/lugar de donde viene remitido**

(Para FRACASOS ver nota al respaldo)

TIPO DE TUBERCULOSIS: 1 **Pulmonar** 2 **Extrapulmonar**

LOCALIZACIÓN EXTRAPULMONAR:

DIAGNÓSTICO

MARQUE CON X SI EL CRITERIO FUE POSITIVO, NEGATIVO O NO REALIZADO

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	+	-	NR
1 **Baciloscopia**			
2 **Cultivo**			
3 **Histopatología**			
4 **Cuadro Clínico**			
5 **Epidemiológico**			
6 **Radiológico**			
7 **Tuberculinico**			
OTRAS AYUDAS DIAGNOSTICAS			
8 **ADA**			

RESULTADO BK SERIADO

1ra. BK

2da. BK

3ra. BK

TIEMPO DE SÍNTOMAS

FECHA DIAGNÓSTICO TB

FECHA DE RESULTADO CULTIVO

LE REALIZARON ASESORÍA PARA VIH

1 **SI** 2 **NO** 3 **NO SABE**

RESULTADO PRUEBA CONFIRMATORIA VIH

1 **POSITIVA** 2 **NEGATIVA** 3 **NO REALIZADA**

CONDICIONES ASOCIADOS A TENER EN CUENTA PARA EL MANEJO O EL SEGUIMIENTO

1 Enfermedad Renal	2 Enfermedad Hepática	3 VIH/SIDA
4 Diabetes mellitus	5 Silicosis	6 Desnutrición
7 Alcoholismo	8 Farmacodependencia	9 Embarazo

EN CASO DE ASOCIACIÓN TB/VIH ¿RECIBE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL?

1 **SI** 2 **NO** 3 **SIN DATO**

PESO (Kg) al inicio

TRATAMIENTO

	Primera Fase	Segunda Fase
FECHA INICIO FASE		
MEDICAMENTO	**DOSIS mg.**	**DOSIS mg.**
Rifampicina (R)		
Isoniacida (H)		
Pirazinamida (Z)		
Etambutol (E)		
Estreptomicina (S)		

PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD

FECHA	MEDICAMENTO						
	S	H	R	E	Z		

Resultado de pruebas susceptibilidad: Anote bajo la letra del medicamento:

R: si es Resistente **S: si es sensible** **NI:No interpretable**

A todos los ABANDONOS y RECAÍDAS se les debe realizar cultivo y pruebas de susceptibilidad al iniciar el tratamiento

CONTROL DE CONTACTOS

FECHA	NOMBRE COMPLETO	EDAD	SEXO		RELACIÓN CON EL CASO	Es SR?		ACTIVIDAD REALIZADA								SEGUIMIENTO	
			M	F		SI	NO	BK 1	BK 2	BK 3	CULTIVO	BCG	PPD	RX	Profilaxis	6	12

* **SR:** Sintomático Respiratorio **BK=** Baciloscopia **RX=** Rayos X **PPD:** tuberculina

República de Colombia - Ministerio de la Protección Social

TARJETA INDIVIDUAL DE CONTROL DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS

PRIMERA FASE: Anote el número consecutivo de dosis que lleva el paciente y deje en blanco cuando el paciente no recibe dosis (domingo o inasistencia)

MES \ DÍA	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

SEGUNDA FASE: Anote el número consecutivo de dosis que lleva el paciente y deje en blanco los días que el paciente no recibe dosis.

MES \ DÍA	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

Nombre de la persona que supervisa el tratamiento

Dirección

Barrio / vereda / Resguardo	Teléfono

RESULTADO DEL TRATAMIENTO (DATOS EGRESO)

1 CURADO (BK - al final del tratamiento)

2 TRATAMIENTO TERMINADO (Sin BK al final)

3 FRACASO (BK + al final del 4 mes)
→ El fracaso es Multidrogorresistente* →
- 1 SI
- 2 NO
- 3 Desconocido

4 ABANDONO → Causa abandono:

5 FALLECIÓ → Causa de muerte:

6 TRASLADO → Lugar de traslado:

FECHA DE EGRESO			OBSERVACIONES
Día	Mes	Año	

*Multidrogorresistente: Resistente a isoniazida y rifampicina
En caso de que el paciente egrese como fracaso se diligencia la tarjeta para categoria IV

CONTROLES PROGRAMADOS Y REALIZADOS

MES	Fecha programada	Fecha control bacteriológico	Resultado BK o cultivo control	Fecha control por medicina	Fecha control x enfermería	Peso (Kg)	Observaciones
1							
2							
3							
4							
5							
6							

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

FECHA EVALUACIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS								SIGNOS DE TOXICIDAD O INTOLERANCIA														OBSERVACIONES
	TOS	EXPECTORACIÓN	ANOREXIA	ADINAMIA	SUDORACIÓN	DISNEA	HEMOPTISIS	DOLOR TÓRAX	ICTERICIA	DISPEPSIA	VOMITO	NAUSEAS	MAREO	VERTIGO	HIPOACUSIA	TINNITUS	ARTRALGIA	RASH	PRURITO	ALTERACIONES VISUALES	DIARREA	POLINEURITIS	EPIGASTRALGIA	