



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Marque con X una o varias respuestas según corresponda. Diligencie previamente los datos de ingreso al programa según la información que tenga disponible para conocer el caso.

1. DATOS DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA PERSONA. (se aplica en la primera visita)

1.1 Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	1.2 Edad:	1.3 Nombre y apellidos:	1.4 Tipo de documento de identidad: CC <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
1.5 Número de identificación:		1.6 Ocupación:	1.7 Etnia: Indígena <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Raizal <input type="checkbox"/> Rrom gitano <input type="checkbox"/> Si es indígena indique el pueblo _____.	
1.8 Escolaridad: Sin escolaridad <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>			1.9 Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
1.11 Dirección de residencia:		1.12 Municipio	1.13 Localidad/comuna/vereda.	1.14 Barrio.
1.16 Tipo de vivienda: Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Centro Protección <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>		1.17 Tipo de trabajo: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/>		1.15 Área geográfica: Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/>
1.19 Nombre de la EAPB:		1.20 Grupo poblacional: Privado de la libertad <input type="checkbox"/> habitante de calle <input type="checkbox"/> migrante <input type="checkbox"/> trabajador de la salud <input type="checkbox"/> desplazado <input type="checkbox"/> persona con discapacidad <input type="checkbox"/> desmovilizado <input type="checkbox"/> víctima del conflicto <input type="checkbox"/> madres comunitarias <input type="checkbox"/> población LGBTI <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____.		
1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> >6 <input type="checkbox"/>	1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? Hacinamiento Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta ventilación Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Iluminación Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> >6 <input type="checkbox"/>	1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz <input type="checkbox"/> agua <input type="checkbox"/> alcantarillado <input type="checkbox"/> gas <input type="checkbox"/> internet <input type="checkbox"/> televisión <input type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> recolección de basuras <input type="checkbox"/>	
1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene <input type="checkbox"/> < 1 SMLMV <input type="checkbox"/> 2-3 SMLMV <input type="checkbox"/> >4 SMLMV <input type="checkbox"/>		1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/>		1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA (se aplica en la primera visita)

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar <input type="checkbox"/> Extrapulmonar <input type="checkbox"/> Meníngea <input type="checkbox"/> Especifique la localización extrapulmonar: _____.	2.2 Condición de ingreso: Nuevo <input type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Recuperado tras pérdida <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prueba Molecular: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Baciloscopia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Radiografía de tórax: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diagnóstico clínico: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-) <input type="checkbox"/> 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Contaminado <input type="checkbox"/> Prueba molecular: No detectado <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> Resistente a: rifampicina <input type="checkbox"/> isoniacida <input type="checkbox"/> quinolonas <input type="checkbox"/> aminoglucósidos <input type="checkbox"/> Baciloscopia: (-) <input type="checkbox"/> 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
2.5 Tipo de caso: TB Sensible <input type="checkbox"/> TBMDR/RR <input type="checkbox"/> TB Mono H <input type="checkbox"/> TBXDR <input type="checkbox"/>	
2.6 Fecha de diagnóstico: (dd/mm/aa)	

3. DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO (se diligencia previo a la visita a partir de la ficha de tratamiento)

3.1 Fecha de ingreso al programa: (dd/mm/aa)	3.2 Fecha de inicio 1 Fase: (dd/mm/aa)	3.3 Fecha de inicio 2 Fase: (dd/mm/aa)
3.4 Tipo de tratamiento prescrito en el momento de la visita: Estandarizado TB MDR/RR Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Individualizado TB MDR/RR Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estandarizado TBXDR Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Individualizado TBXDR Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estandarizado RHZE Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Individualizado 1 fase Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estandarizado RHZE Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Individualizado 2 fase Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	3.5 Dosis de tratamiento completado a la fecha de la visita: 1ª visita (dd/mm/aa) fase I <input type="checkbox"/> fase II <input type="checkbox"/> dosis: _____. 2ª visita (dd/mm/aa) fase I <input type="checkbox"/> fase II <input type="checkbox"/> dosis: _____. 3ª visita (dd/mm/aa) fase I <input type="checkbox"/> fase II <input type="checkbox"/> dosis: _____. 4ª visita (dd/mm/aa) fase I <input type="checkbox"/> fase II <input type="checkbox"/> dosis: _____.	3.6 Comorbilidades/factores de riesgo: VIH Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diabetes Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cáncer Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> EPOC Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enf. Renal Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enf. Hep. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desnutrición Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enf. Mental. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alcoholismo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tabaquismo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Consumos psicoactivos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____



<p>3.6 Acceso a controles médicos a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:</p> <p>1 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p> <p>3 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p> <p>5 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p> <p>Controles adicionales para TF FR: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Incompletos <input type="checkbox"/></p>	<p>3.7 Acceso a controles de enfermería a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:</p> <p>1 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p> <p>2 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p> <p>3 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p> <p>4 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p> <p>5 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p> <p>6 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p>	<p>Controles adicionales para TF FR: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Incompletos <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/></p>	<p>3.8 Acceso a controles bacteriológicos a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:</p> <ul style="list-style-type: none"> Al finalizar fase intensiva: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> No reporta <input type="checkbox"/> En la mitad de la fase de continuación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> No reporta <input type="checkbox"/> Al finalizar el tratamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> No reporta <input type="checkbox"/>
<p>3.9 Acceso a controles de nutrición a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:</p> <p>1 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p> <p>3 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p> <p>5 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p> <p>6 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p>	<p>3.10 Acceso a controles de psicología a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:</p> <p>1 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p> <p>3 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p> <p>5 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p> <p>6 mes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/></p>	<p>3.11 Acceso a valoración trabajo social a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:</p> <p>Antes de iniciar el tratamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Incompletos <input type="checkbox"/></p> <p>Controles adicionales para TF FR: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> incompletos <input type="checkbox"/></p>	
<p>3.12 Reacciones adversas durante el tratamiento:</p> <p>Ninguna <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Prurito <input type="checkbox"/> Intolerancia gástrica <input type="checkbox"/> ictericia <input type="checkbox"/> Nauseas <input type="checkbox"/> Vomitó <input type="checkbox"/> Alteración visual <input type="checkbox"/> Alteración auditiva <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____.</p>		<p>3.13 ¿Recibe tratamiento ARV?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registra <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/></p>	<p>3.14 ¿Recibe trimetoprim sulfá?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registra <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/></p>
<p>3.15 Modalidad de tratamiento observado TDO:</p> <p>TDO en IPS <input type="checkbox"/> TDO en comunidad <input type="checkbox"/> TDO domiciliario <input type="checkbox"/></p> <p>TDO Virtual <input type="checkbox"/> TDO Hospitalario <input type="checkbox"/></p>		<p>3.16 Fecha de finalización del tratamiento (dd/mm/aa)</p>	<p>3.17 Condición de egreso al tratamiento:</p> <p>Curado <input type="checkbox"/> Terminado <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Pérdida en el seguimiento <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/></p>

4. IDENTIFICACION DE CONTACTOS (se aplica en la primera visita y se actualiza según el seguimiento)

Realice la identificación de contactos especialmente aquellos que convivan más de 6 horas con el caso índice en el contexto familiar, institucional, escolar, comunitario. (Ver planilla de registro página 5).

5. ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (se aplica en la primera visita)

Pregunta orientadora indague en la persona	Caracterice las respuestas de la persona	Describa los hallazgos relevantes
<p>5.1 ¿Cuál es la causa de la tuberculosis?</p>	<p>No sabe <input type="checkbox"/> Bacteria <input type="checkbox"/> Virus <input type="checkbox"/> Hongo <input type="checkbox"/> Parásito <input type="checkbox"/> Espíritus <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____.</p>	
<p>5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis?</p>	<p>No sabe <input type="checkbox"/> al toser <input type="checkbox"/> al dar la mano <input type="checkbox"/> al compartir alimentos <input type="checkbox"/> por un beso <input type="checkbox"/> por relaciones sexuales <input type="checkbox"/> hereditaria <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____.</p>	
<p>5.3 ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad?</p>	<p>Tos <input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> pérdida de peso <input type="checkbox"/> sudoración <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____.</p>	
<p>5.4 ¿Cree que se va a curar de la tuberculosis?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> En caso de que no ¿Por qué no? _____.</p>	
<p>5.5 ¿Cuál fue su primera reacción al enterarse que tenía tuberculosis?</p>	<p>Lo tomo normal <input type="checkbox"/> oculto su diagnóstico <input type="checkbox"/> tuvo llanto <input type="checkbox"/> Sintió miedo <input type="checkbox"/> tuvo ansiedad <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____.</p>	
<p>5.6 ¿Su familia conoce actualmente su diagnóstico de TB?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No saben <input type="checkbox"/> En caso de que no ¿Por qué no? _____.</p>	
<p>5.7 ¿Cómo fue la reacción de su pareja al enterarse de su enfermedad?</p>	<p>Lo tomo normal <input type="checkbox"/> oculto su diagnóstico <input type="checkbox"/> tuvo llanto <input type="checkbox"/> Sintió miedo <input type="checkbox"/> tuvo ansiedad <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____.</p>	
<p>5.8 ¿Cómo fue la reacción de sus amigos al enterarse de su enfermedad?</p>	<p>No saben <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>5.9 ¿Qué aspectos de su vida considera se han afectado por su enfermedad?</p>	<p>Ninguna <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> amigos <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> vida social <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____.</p>	
<p>5.10 ¿Usted ha perdido su empleo a causa de su enfermedad?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Si es si ¿Por qué? _____.</p>	
<p>5.11 ¿Se ha sentido estigmatizado o rechazado por alguien a causa de su enfermedad?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Si es si, ¿por quienes?: familia <input type="checkbox"/> amigos <input type="checkbox"/> personal de salud <input type="checkbox"/> compañeros de trabajo <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/></p>	
<p>5.12 ¿Conoce alguien cercano que haya tenido la enfermedad?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es si ¿Quién? Familiar <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> compañero de trabajo <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/></p>	
<p>5.13 ¿Qué hábitos de vida saludable usted práctica?</p>	<p>Ejercicio diario <input type="checkbox"/> Come frutas y verduras <input type="checkbox"/> No fuma <input type="checkbox"/> No consume alcohol <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____.</p>	

**6. EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN EN SALUD. (se aplica en la primera visita)**

6.1 ¿Antes de su diagnóstico alguna vez recibió información y educación en salud frente a la tuberculosis?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
6.2 ¿A dónde consultó cuando tuvo los primeros síntomas de la enfermedad?	A la droguería <input type="checkbox"/> solicito cita a su EPS <input type="checkbox"/> acudí a urgencias <input type="checkbox"/> médico particular <input type="checkbox"/> utilizó remedios caseros <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
6.3 Luego de que presentara los primeros síntomas, ¿considera que existió demora para saber que tenía la enfermedad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
6.4 ¿Tuvo que pagar de su bolsillo exámenes para el diagnóstico de su enfermedad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> En caso de que sí ¿Cuánto tuvo que invertir aproximadamente? _____.	
6.5 ¿Alguna vez se ha sentido estigmatizado o rechazado por el personal de salud?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
6.6 ¿Ha tenido dificultades por autorizaciones o para acceder a las citas médicas, exámenes o procedimientos relacionados con su enfermedad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
6.7 ¿Ha tenido alguna interrupción o demora en la administración de tratamiento de su enfermedad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
6.8 ¿El sitio donde la administran el tratamiento observado es de fácil acceso para usted?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
6.9 ¿Por qué perfiles ha recibido educación y orientación acerca de su tratamiento y adherencia?	Médico <input type="checkbox"/> Enfermero <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> Trabajador social <input type="checkbox"/> Promotor de salud <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____.	
6.10 ¿Usted asiste a algún grupo de apoyo o hace parte de alguna asociación de personas afectadas por TB?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/>	
6.11 ¿Cómo evalúa la atención que le ha brindado su EAPB y su IPS?	Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/>	
6.12 ¿Ha recibido seguimiento telefónico por parte del personal de salud?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
6.13 ¿Le han socializado la carta de derechos y deberes de las personas afectadas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

7. PLAN DE SEGUIMIENTO PRIMERA VISITA:

7.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	7.2 ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	7.3 ¿Se deriva a valoración por nutrición?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
7.4 ¿Se deriva a valoración por psicología? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	7.5 Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	7.6 ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
7.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros). Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	7.8 ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7.9 ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>

7.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:

7.11 Resultado de la visita Efectiva <input type="checkbox"/> Fallida <input type="checkbox"/> No realizada <input type="checkbox"/>	7.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)	7.13 Nombre del profesional que realiza la visita:
--	--	---

8. PLAN DE SEGUIMIENTO SEGUNDA VISITA:

8.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	8.2 ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	8.3 ¿Se deriva a valoración por nutrición?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
8.4 ¿Se deriva a valoración por psicología? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	8.5 Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	8.6 ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>



8.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros). Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	8.8 ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	8.9 ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
--	---	---

8.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:

8.11 Resultado de la visita Efectiva <input type="checkbox"/> Fallida <input type="checkbox"/> No realizada <input type="checkbox"/>	8.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)	8.12 Nombre del profesional que realiza la visita:
--	--	---

9. PLAN DE SEGUIMIENTO TERCERA VISITA O VISITA ADICIONAL:

9.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	9.2 ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	9.3 ¿Se deriva a valoración por nutrición?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
9.4 ¿Se deriva a valoración por psicología? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	9.5 Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	9.6 ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
9.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros). Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	9.8 ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> aplica <input type="checkbox"/>	9.9 ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>

9.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:

8.11 Resultado de la visita Efectiva <input type="checkbox"/> Fallida <input type="checkbox"/> No realizada <input type="checkbox"/>	8.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)	8.12 Nombre del profesional que realiza la visita:
--	--	---

10. CONSTANCIA DE VISITAS (se actualiza según el seguimiento)

Firma de la persona afectada o su acudiente 1° Visita	Firma de la persona afectada o su acudiente 2° Visita	Firma de la persona afectada o su acudiente 3° Visita
Firma del profesional que realiza la 1° Visita	Firma del profesional que realiza la 2° Visita	Firma del profesional que realiza la 3° Visita
Firma de la persona afectada o su acudiente Visitas adicionales.	Firma de la persona afectada o su acudiente Visitas adicionales.	Firma de la persona afectada o su acudiente Visitas adicionales.
Firma del profesional que realiza la visita adicional	Firma del profesional que realiza la visita adicional	Firma del profesional que realiza la visita adicional

En caso de que se efectúen visitas de seguimiento adicional adicione una hoja respectivamente.



4. REGISTRO DE CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS															
4.1 Nombre y apellidos del caso índice:				4.2 Tipo de documento de identidad: CC <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			4.3 Número de identificación:			4.4 Dirección:	4.5 Departamento/Distrito:		4.6 Municipio:		
Fecha de registro contacto	Nombres y apellidos del contacto	Edad	Documento de identificación	Dirección	Teléfono	EAPB	Tipo de contacto	Régimen de afiliación	Grupo poblacional	Factores de riesgo	Sintomático respiratorio (SR)	Descarte de TB (solo aplica si es SR)	Prueba de tuberculina (solo se aplica si no tiene síntomas)	Rx Tórax (Solo se hace si PPD es positiva)	Profilaxis (Solo si PPD es positiva y Rx normal sin síntomas respiratorios)
(dd/mm/aa)							Familiar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/>	Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Reg. Especial <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/>	≤5 años <input type="checkbox"/> 6≤ a 15 años <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> LGBTI <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Privado de libertad <input type="checkbox"/> Trabajador salud <input type="checkbox"/> Habitante de calle <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____	Trasplante <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor <input type="checkbox"/> Silicosis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____	1º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Visita adicional: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cultivo líquido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> contaminado <input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> Baciloscopia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	1º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis: <input type="checkbox"/> Terminado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/> Fecha: _____
(dd/mm/aa)							Familiar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/>	Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Reg. Especial <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/>	≤5 años <input type="checkbox"/> 6≤ a 15 años <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> LGBTI <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Privado de libertad <input type="checkbox"/> Trabajador salud <input type="checkbox"/> Habitante de calle <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____	Trasplante <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor <input type="checkbox"/> Silicosis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____	1º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Visita adicional: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cultivo líquido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> contaminado <input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> Baciloscopia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	1º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis: <input type="checkbox"/> Terminado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/> Fecha: _____
(dd/mm/aa)							Familiar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/>	Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Reg. Especial <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/>	≤5 años <input type="checkbox"/> 6≤ a 15 años <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> LGBTI <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Privado de libertad <input type="checkbox"/> Trabajador salud <input type="checkbox"/> Habitante de calle <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____	Trasplante <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor <input type="checkbox"/> Silicosis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____	1º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Visita adicional: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cultivo líquido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> contaminado <input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> Baciloscopia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	1º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis: <input type="checkbox"/> Terminado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/> Fecha: _____
(dd/mm/aa)							Familiar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/>	Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Reg. Especial <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/>	≤5 años <input type="checkbox"/> 6≤ a 15 años <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> LGBTI <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Privado de libertad <input type="checkbox"/> Trabajador salud <input type="checkbox"/> Habitante de calle <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____	Trasplante <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor <input type="checkbox"/> Silicosis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____	1º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Visita adicional: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cultivo líquido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> contaminado <input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Detectado <input type="checkbox"/> No detectado <input type="checkbox"/> No interpretable <input type="checkbox"/> Baciloscopia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	1º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 2º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> 3º visita: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: <5mm <input type="checkbox"/> ≥5mm <input type="checkbox"/> ≥10mm <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Egreso de profilaxis: <input type="checkbox"/> Terminado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> No evaluado <input type="checkbox"/> Fecha: _____

Versión 001.27/11/2019 Elaboró Oscar Andrés Cruz M- Referente Programa Nacional de Prevención y Control de la TB.

(Imprima esta hoja cuantas veces considere necesario para registrar los contactos identificados y su seguimiento)