|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 del caso y complete durante la visita domiciliaria con el usuario y/o grupo familiar.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. datos de CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA de LA PERSONA. (se aplica en la primera visita)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. Sexo:   M F | **1.2** Edad: | | | **1.3** Nombre y apellidos: | | | | | | | | | **1.4** Tipo de documento de identidad:  CC  RC  PS  CE  NUIP Otro | | | | | |
| **1.5** Número de identificación: | | | | **1.6** Ocupación: | | | | | | | **1.7** Etnia:  Indígena Afrocolombiano Raizal *rom g*itano Si es indígena indique el pueblo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | |
| **1.8** Escolaridad:  Sin escolaridad Primaria Bachillerato Técnico Profesional Posgrado | | | | | | | | | | **1.9** Estado Civil:  Soltero(a) Casado(a) Unión Libre  Otro | | | | | | | **1.10** Departamento/Distrito | |
| **1.11** Dirección de residencia: | | | **1.12** Municipio | | **1.13** Localidad/comuna/vereda. | | | | | | | **1.14** Barrio. | | | | **1.15** Área geográfica:  Zona Urbana Rural  Rural dispersa | | |
| **1.16** Tipo de vivienda:  Casa Apartamento Albergue Centro Protección Ninguna | | | | **1.17** Tipo de trabajo**:**  Empleado Independiente Desempleado | | | | | | | | | **1.18** Régimen de afiliación en salud:  Contributivo Subsidiado  No asegurado Régimen Especial | | | | | |
| **1.19** Nombre de la EAPB: | | | | | **1.20** Grupo poblacional:  Privado de la libertad habitante de calle migrante trabajador de la salud  desplazado persona con discapacidad desmovilizado víctima del conflicto  madres comunitarias población LGBTI Otro  ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | | | | |
| **1.21** ¿Cuántas personas viven con usted?  1 2-3 4-6 >6 | | | **1.22** Calidad de Vivienda: ¿Existe?  Hacinamiento Sí No  Falta ventilación Sí No  Iluminación Sí No | | | | **1.23** ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?  0 1  2-3 4-6 >6 | | | | | | **1.24** La vivienda cuenta con servicios:  Luz agua alcantarillado gas  internet televisión teléfono  recolección de basuras | | | | | |
| **1.25** ¿Sus ingresos económicos mensuales son?  No tiene < 1 SMLMV 2-3 SMLMV >4 SMLMV | | | | | | | | | **1.26** ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio?  1 2 3 >3 | | | | | | | **1.27** ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado?  Sí  No | | |
| **2. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA (se aplica en la primera visita)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1** Tipo de tuberculosis:  Pulmonar  Extrapulmonar Meníngea  Especifique la localización extrapulmonar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | **2.2** Condición de ingreso:  Nuevo Recaída Fracaso Recuperado tras pérdida Otro | | | | | | | | | |
| **2.3** Criterio de diagnóstico:  Cultivo líquido: Sí  No  Prueba Molecular: Sí  No  Baciloscopia: Sí  No  Radiografía de tórax: Sí  No  Diagnóstico clínico: Sí  No | | | | | **2.4** Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico:  Cultivo: (-) 1 a 9 BAAR + ++ +++ NR Contaminado  Prueba molecular: No detectado Detectado No interpretable  Resistente a: rifampicina isoniacida quinolonas aminoglucósidos  Baciloscopia: (-) 1 a 9 BAAR + ++ +++  NR | | | | | | | | | | | **2.5** Tipo de caso:  TB Sensible  TBMDR/RR TB Mono H TBXDR | | |
| **2.6** Fecha de diagnóstico:  (dd/mm/aa) | | |
| **3. DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO (se aplica en la primera visita y se actualiza según el seguimiento)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 RHZE  Sí No  Individualizado 1 fase  Sí No  Estandarizado RH  Sí No  Individualizado 2 fase  Sí No | | Estandarizado TB MDR/RR Sí No  Individualizado TB MDR/RR  Sí No  Estandarizado TBXDR Sí No  Individualizado TBXDR Sí No  Estadarizado RHZE y Lfx Sí No | | | **3.5** Dosis de tratamiento completado a la fecha de la visita:  1ª visita (dd/mm/aa) fase I fase II  dosis:\_\_\_\_\_\_.  2ª visita (dd/mm/aa) fase I fase II  dosis:\_\_\_\_\_\_.  3ª visita (dd/mm/aa) fase I fase II  dosis:\_\_\_\_\_\_.  4ª visita (dd/mm/aa) fase I fase II  dosis:\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | **3.6**Comorbilidades/factores de riesgo.  VIH Sí No  Diabetes Sí No  Cáncer Sí No  EPOC Sí No Enf.Renal Sí No  Enf.Hep Sí No  Desnutrición Sí No | | | | | Alcoholismo:  Sí No  Tabaquismo  Sí No  Otra  ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| **3.6** Acceso a controles médicos a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:  1 mes Sí No NR  2 mes Sí No NR  4 mes Sí No NR  6 mes Sí No NR  Controles adicionales para TF FR:  Sí No NR Incompletos | | | | **3.7** Acceso a controles de enfermería a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT: | | | | | | | | | **3.8** Acceso a controles bacteriológicos a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:   * Al finalizar fase intensiva:   Sí No positivo negativo  No reporta   * En la mitad de la fase de continuación:   Sí No positivo negativo  No reporta   * Al finalizar el tratamiento:   Sí No positivo negativo  No reporta | | | | | |
| 1 mes Sí No NR  2 mes Sí No NR  3 mes Sí No NR  4 mes Sí No NR  5 mes Sí No NR  6 mes Sí No NR | | | | Controles adicionales para TF FR:  Sí No NR  incompletos  No aplica | | | | |
| **3.9** Acceso a controles de nutrición a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:  Antes de iniciar el tratamiento  Sí No Incompletos  Controles adicionales para TF FR: Sí No  No aplica incompletos | | | | | **3.10** Acceso a controles de psicología a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:  Antes de iniciar el tratamiento  Sí No Incompletos  Controles adicionales para TF FR: Sí No  No aplica incompletos | | | | | | | | **3.11** Acceso a valoración trabajo social a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:  Antes de iniciar el tratamiento  Sí No Incompletos  Controles adicionales para TF FR: Sí No  No aplica incompletos | | | | | |
| **3.12** Reacciones adversas durante el tratamiento:  Ninguna Alergia Prurito Intolerancia gástrica ictericia Nauseas Vomitó Alteración visual Alteración auditiva Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | **3.13** ¿Recibe tratamiento ARV?  Sí No No registra  No aplica | | | | | | **3.14** ¿Recibe trimetoprim sulfa?  No No registra  No aplica | | | |
| **3.15** Modalidad de tratamiento observado TDO:  TDO en IPS TDO en comunidad TDO domiciliario  TDO Virtual TDO Hospitalario | | | | | | | | | **3.16** Fecha de finalización del tratamiento (dd/mm/aa) | | | | | | **3.17** Condición de egreso al tratamiento:  Curado Terminado Fracaso  Fallecido Pérdida en el seguimiento No evaluado | | | |
| **4. IDENTIFICACION DE CONTACTOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se realiza aplicación del instrumento durante la primera visita y se actualiza acorde al seguimiento. Realice la identificación de contactos especialmente aquellos que convivan más de 6 horas con el caso índice en el contexto familiar, institucional, 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** | | |
| **5.1** ¿Cuál es la causa de la tuberculosis? | | | | | No sabe Bacteria Virus Hongo Parásito  Espíritus  otro ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | |  | | |
| **5.2** ¿Cómo se transmite la tuberculosis? | | | | | No sabe al toser al dar la mano al compartir alimentos por un beso por relaciones sexuales hereditaria otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | |  | | |
| **5.3** ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad? | | | | | Tos fiebre pérdida de peso sudoración otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | |  | | |
| **5.4** ¿Cree que se va a curar de la tuberculosis? | | | | | Sí No  No sabe  En caso de que no ¿Por qué no? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | |  | | |
| **5.5** ¿Cuál fue su primera reacción al enterarse que tenía tuberculosis? | | | | | Lo tomo normal oculto su diagnóstico tuvo llanto  Sintió miedo tuvo ansiedad otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | |  | | |
| **5.6** ¿Su familia conoce actualmente su diagnóstico de TB? | | | | | Sí No  No saben  En caso de que no ¿Por qué no? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | |  | | |
| **5.7** ¿Cómo fue la reacción de su pareja al enterarse de su enfermedad? | | | | | No sabe  Buena Regular Mala  Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | |  | | |
| **5.9** ¿Cómo fue la reacción de sus amigos al enterarse de su enfermedad? | | | | | No saben  Buena Regular Mala  No responde | | | | | | | | | | |  | | |
| **5.10** ¿Qué aspectos de su vida considera se han afectado por su enfermedad? | | | | | Ninguna familia amigos trabajo vida social  Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | |  | | |
| **5.11** ¿Usted ha perdido su empleo a causa de su enfermedad? | | | | | Sí  No No aplica Si es si ¿Por qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | |  | | |
| **5.12** ¿Se ha sentido estigmatizado o rechazado por alguien a causa de su enfermedad? | | | | | No  Sí Sí es si, ¿por quienes?: familia amigos  personal de salud compañeros de trabajo otro | | | | | | | | | | |  | | |
| **5.13** ¿Conoce alguien cercano que haya tenido la enfermedad? | | | | | Sí No  Sí es si ¿Quién?  Familiar amigo compañero de trabajo otro | | | | | | | | | | |  | | |
| **5.14** ¿Qué piensa acerca del tratamiento de su enfermedad? | | | | | Lo va a curar No lo va a curar No puede cumplir con el tratamiento Otros ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | |  | | |
| **5.15** ¿Qué hábitos de vida saludable usted práctica? | | | | | Ejercicio diario Come frutas y verduras No fuma  No consume alcohol Otros ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | |  | | |
| **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  No No aplica | | | | | | | | | | |  | | |
| **6.2** ¿A dónde consultó cuando tuvo los primeros síntomas de la enfermedad? | | | | | A la droguería solicito cita a su EPS acudió a urgencias médico particular utilizó remedios caseros | | | | | | | | | | |  | | |
| **6.3** Luego de que presentara los primeros síntomas, ¿considera que existió demora para saber que tenía la enfermedad? | | | | | Sí  No  No aplica | | | | | | | | | | |  | | |
| **6.4** ¿Tuvo que pagar de su bolsillo exámenes para el diagnóstico de su enfermedad? | | | | | Sí  No  No aplica  En caso de que si ¿Cuánto tuvo que invertir aproximadamente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | |  | | |
| **6.5** ¿Alguna vez se ha sentido estigmatizado o rechazado por el personal de salud? | | | | | Sí  No  No aplica | | | | | | | | | | |  | | |
| **6.6** ¿Ha tenido dificultades por autorizaciones o para acceder a las citas médicas, exámenes o procedimientos relacionados con su enfermedad? | | | | | Sí  No  No aplica | | | | | | | | | | |  | | |
| **6.7** ¿Ha tenido alguna interrupción o demora en la administración de tratamiento de su enfermedad? | | | | | Sí  No  No aplica | | | | | | | | | | |  | | |
| **6.8** ¿El sitio donde la administran el tratamiento observado es de fácil acceso para usted? | | | | | Sí  No  No aplica | | | | | | | | | | |  | | |
| **6.9** ¿Por qué perfiles ha recibido educación y orientación acerca de su tratamiento y adherencia? | | | | | Médico Enfermero Psicólogo Auxiliar de enfermería Trabajador social Promotor de salud Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | |  | | |
| **6.10** ¿Usted asiste a algún grupo de apoyo o hace parte de alguna asociación de personas afectadas por TB? | | | | | Sí  No  No conoce | | | | | | | | | | |  | | |
| **6.11** ¿Cómo evalúa la atención que le ha brindado su EAPB y su IPS? | | | | | Buena  Regular  Mala | | | | | | | | | | |  | | |
| **6.12** ¿Ha recibido seguimiento telefónico por parte del personal de salud? | | | | | Sí  No  No aplica | | | | | | | | | | |  | | |
| **6.13** ¿Le han socializado la carta de derechos y deberes de las personas afectadas? | | | | | Sí  No | | | | | | | | | | |  | | |
| **7. PLAN DE SEGUIMIENTO PRIMERA VISITA: (se actualiza según el seguimiento)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.1** ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria?  Sí  No  No aplica | | | | | **7.2** ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias?  Sí  No  No aplica | | | | | | | | **7.3** ¿Se deriva a valoración por nutrición?:  Sí  No  No aplica | | | | | |
| **7.4** ¿Se deriva a valoración por psicología?  Sí  No  No aplica | | | | | **7.5** Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros)  Sí  No No aplica | | | | | | | | **7.6** ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia?  Sí  No No aplica | | | | | |
| **7.7** Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros).  Sí  No  No aplica | | | | | **7.8** ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad?  Sí  No | | | | | | | | **7.9** ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración?  Sí  No  No aplica | | | | | |
| **7.10** Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.11** Resultado de la visita  Efectiva Fallida No realizada | | | | | | **7.12** Fecha de la visita: (dd/mm/aa) | | | | | | | | **7.13** Nombre del profesional que realiza la visita: | | | | |
| **8. PLAN DE SEGUIMIENTO SEGUNDA VISITA: (se actualiza según el seguimiento)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.1** ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria?  Sí  No  No aplica | | | | | **8.2** ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias?  Sí  No  No aplica | | | | | | | | **8.3** ¿Se deriva a valoración por nutrición?:  Sí  No  No aplica | | | | | |
| **8.4** ¿Se deriva a valoración por psicología?  Sí  No  No aplica | | | | | **8.5** Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros)  Sí  No No aplica | | | | | | | | **8.6** ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia?  Sí  No No aplica | | | | | |
| **8.7** Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros).  Sí  No  No aplica | | | | | **8.8** ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad?  Sí  No | | | | | | | | **8.9** ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración?  Sí  No  No aplica | | | | | |
| **8.10** Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.11** Resultado de la visita  Efectiva Fallida No realizada | | | | | **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: (se actualiza según el seguimiento)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9.1** ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria?  Sí  No  No aplica | | | | | **9.2** ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias?  Sí  No  No aplica | | | | | | | | **9.3** ¿Se deriva a valoración por nutrición?:  Sí  No  No aplica | | | | | |
| **9.4 ¿**Se deriva a valoración por psicología?  Sí  No  No aplica | | | | | **9.5** Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros)  Sí  No No aplica | | | | | | | | **9.6** ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia?  Sí  No No aplica | | | | | |
| **9.7** Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros).  Sí  No  No aplica | | | | | **9.8** ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad?  Si  No  aplica | | | | | | | | **9.9** ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración?  Sí  No  No aplica | | | | | |
| **9.10** **Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.11 R**esultado de la visita  Efectiva Fallida No realizada | | | | | **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.

Versión 001.27/11/2019 Elaboró OACM

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. REGISTRO DE CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.1** Nombre y apellidos del caso índice: | | | | **4.2** Tipo de documento de identidad:  CC  RC  PS  CE  NUIP Otro | | | | **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  Laboral  Comunitario  Institucional | Contributivo  Subsidiado  Reg. Especial  No asegurado | Menor ≤15 años  >15 años  VIH/SIDA  Indígena  LGBTI  Migrante  Privado de libertad  Trabajador salud  Habitante de calle  Otro  ¿Cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | Trasplante  Tratamiento inmunosupresor  Silicosis  Cáncer  Diabetes  Enf. Renal  Artritis  Cáncer  Desnutrición  Otro  ¿Cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | **1º visita:**  Sí No  **2º visita:**  Sí No  **3º visita:**  Sí No  **Visita adicional:**  Sí No | **Cultivo líquido**  Sí No NR  positivo negativo contaminado  **Prueba molecular**  Sí No NR  Detectado  No detectado  No interpretable  **Baciloscopia**  Si  No NR  positivo negativo | **1º visita:**  Sí No  Resultado: <5mm  ≥5mm ≥10mm  NR  **2º visita:**  Sí No  Resultado: <5mm  ≥5mm ≥10mm  NR  **3º visita:**  Sí No  Resultado: <5mm  ≥5mm ≥10mm  NR | Si  No  NR  Normal  Alterado | Si  No  **Egreso de profilaxis:**  Terminado  Fallecido  Abandono  No evaluado  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| (dd/mm/aa) |  |  |  |  |  |  | Familiar  Laboral  Comunitario  Institucional | Contributivo  Subsidiado  Reg. Especial  No asegurado | Menor ≤15 años  >15 años  VIH/SIDA  Indígena  LGBTI  Migrante  Privado de libertad  Trabajador salud  Habitante de calle  Otro  ¿Cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | Trasplante  Tratamiento inmunosupresor  Silicosis  Cáncer  Diabetes  Enf. Renal  Artritis  Cáncer  Desnutrición  Otro  ¿Cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | **1º visita:**  Sí No  **2º visita:**  Sí No  **3º visita:**  Sí No  **Visita adicional:**  Sí No | **Cultivo líquido**  Sí No NR  positivo negativo contaminado  **Prueba molecular**  Sí No NR  Detectado  No detectado  No interpretable  **Baciloscopia**  Si  No NR  positivo negativo | **1º visita:**  Sí No  Resultado: <5mm  ≥5mm ≥10mm  NR  **2º visita:**  Sí No  Resultado: <5mm  ≥5mm ≥10mm  NR  **3º visita:**  Sí No  Resultado: <5mm  ≥5mm ≥10mm  NR | Si  No  NR  Normal  Alterado | Si  No  **Egreso de profilaxis:**  Terminado  Fallecido  Abandono  No evaluado  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| (dd/mm/aa) |  |  |  |  |  |  | Familiar  Laboral  Comunitario  Institucional | Contributivo  Subsidiado  Reg. Especial  No asegurado | Menor ≤15 años  >15 años  VIH/SIDA  Indígena  LGBTI  Migrante  Privado de libertad  Trabajador salud  Habitante de calle  Otro  ¿Cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | Trasplante  Tratamiento inmunosupresor  Silicosis  Cáncer  Diabetes  Enf. Renal  Artritis  Cáncer  Desnutrición  Otro  ¿Cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | **1º visita:**  Sí No  **2º visita:**  Sí No  **3º visita:**  Sí No  **Visita adicional:**  Sí No | **Cultivo líquido**  Sí No NR  positivo negativo contaminado  **Prueba molecular**  Sí No NR  Detectado  No detectado  No interpretable  **Baciloscopia**  Si  No NR  positivo negativo | **1º visita:**  Sí No  Resultado: <5mm  ≥5mm ≥10mm  NR  **2º visita:**  Sí No  Resultado: <5mm  ≥5mm ≥10mm  NR  **3º visita:**  Sí No  Resultado: <5mm  ≥5mm ≥10mm  NR | Si  No  NR  Normal  Alterado | Si  No  **Egreso de profilaxis:**  Terminado  Fallecido  Abandono  No evaluado  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| (dd/mm/aa) |  |  |  |  |  |  | Familiar  Laboral  Comunitario  Institucional | Contributivo  Subsidiado  Reg. Especial  No asegurado | Menor ≤15 años  >15 años  VIH/SIDA  Indígena  LGBTI  Migrante  Privado de libertad  Trabajador salud  Habitante de calle  Otro  ¿Cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | Trasplante  Tratamiento inmunosupresor  Silicosis  Cáncer  Diabetes  Enf. Renal  Artritis  Cáncer  Desnutrición  Otro  ¿Cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | **1º visita:**  Sí No  **2º visita:**  Sí No  **3º visita:**  Sí No  **Visita adicional:**  Sí No | **Cultivo líquido**  Sí No NR  positivo negativo contaminado  **Prueba molecular**  Sí No NR  Detectado  No detectado  No interpretable  **Baciloscopia**  Si  No NR  positivo negativo | **1º visita:**  Sí No  Resultado: <5mm  ≥5mm ≥10mm  NR  **2º visita:**  Sí No  Resultado: <5mm  ≥5mm ≥10mm  NR  **3º visita:**  Sí No  Resultado: <5mm  ≥5mm ≥10mm  NR | Si  No  NR  Normal  Alterado | Si  No  **Egreso de profilaxis:**  Terminado  Fallecido  Abandono  No evaluado  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

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