|  |
| --- |
| **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[ ] TabaquismoSí[ ]  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 visitaEfectiva[ ]  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 visitaEfectiva[ ]  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 visitaEfectiva[ ]  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 acudienteVisitas adicionales. | Firma de la persona afectada o su acudienteVisitas adicionales. | Firma de la persona afectada o su acudienteVisitas 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)