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 CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA DE LA PERSONA. (se aplica en la primera visita)

1.1 Sexo: M☐ F■

1.2 Edad: 71

1.3 Nombre y apellidos: BENUBIA

1.4 Tipo de documento de identidad: CC ■ RC ☐ PS ☐ CE ☐ NUIP☐ Otro ☐

1.5 Número de identificación: 31244438

1.6 Ocupación: AMA DE CASA

1.7 Etnia: Indígena☐ Afrocolombiano☐ Raizal☐ R*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 VALLE DEL CAUCA

1.11 Dirección de residencia: KR 33B # 17 - 39

1.12 Municipio CALI

1.13 Localidad/comuna/vereda.

1.14 Barrio. CRISTOBAL COLON

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: S.O.S.SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. S.A.

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) (29/12/22

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) (dd/mm/aa

3.2 Fecha de inicio 1 Fase: (dd/mm/aa) (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☐ Enf. Mental. Sí ☐ No☐

Alcoholismo: Sí☐ No☐ Tabaquismo Sí☐ No☐ Consumos psicoactivos 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☐ 3 mes Sí☐ No☐ NR☐ 5 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: 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☐	**3.8** 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☐
3.9 Acceso a controles de nutrición a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT: 1 mes Sí☐ No☑ NR☐ 3 mes Sí☐ No☐ NR☐ 5 mes Sí☐ No☐ NR☐ 6 mes Sí☐ No☐ NR☐	**3.10** Acceso a controles de psicología a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT: 1 mes Sí☐ No☑ NR☐ 3 mes Sí☐ No☐ NR☐ 5 mes Sí☐ No☐ NR☐ 6 mes Sí☐ No☐ NR☐	**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 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
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?	Lo tomo normal☐ oculto su diagnóstico☐ tuvo llanto☐ Sintió miedo☐ tuvo ansiedad☐ otro☐ ¿Cuál?	
5.8 ¿Cómo fue la reacción de sus amigos al enterarse de su enfermedad?	No saben ☐ Buena■ Regular☐ Mala ☐ No responde☐	
5.9 ¿Qué aspectos de su vida considera se han afectado por su enfermedad?	Ninguna■ familia☐ amigos☐ trabajo☐ vida social☐ Otro☐ ¿Cuál? _____.	
5.10 ¿Usted ha perdido su empleo a causa de su enfermedad?	Sí ☐ No☐ No aplica■ Si es si ¿Por qué? _____.	
5.11 ¿Se ha sentido estigmatizado o rechazado por alguien a causa de su enfermedad?	No ■ Sí☐ Si es si, ¿por quienes?: familia☐ amigos☐ personal de salud☐ compañeros de trabajo☐ otro☐	
5.12 ¿Conoce alguien cercano que haya tenido la enfermedad?	Sí☐ No ■ Si es si ¿Quién? Familiar☐ amigo☐ compañero de trabajo☐ otro☐	
5.13 ¿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 ☐ No aplica ☐	
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:		
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:		
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:		
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 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:
10. CONSTANCIA DE VISITAS (se actualiza según el seguimiento)		
LILIA CRISTINA CAMPO PALECHOR 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
DIANA ANGULO BAZAN 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 ☐ 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 ☐ Escolar ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	≤5 años ☐ 6≤ a 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 ☐ Escolar ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	≤5 años ☐ 6≤ a 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 ☐ Escolar ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	≤5 años ☐ 6≤ a 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 ☐ Escolar ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	≤5 años ☐ 6≤ a 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: _____.

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)