# 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: 21

**1.3** Nombre y apellidos: VICTOR DANIEL CASTILLO MARTINEZ

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

**1.5** Número de identificación: 1111678642

**1.6** Ocupación: NINGUNA

**1.7** Etnia: Indígena☐ Afrocolombiano■ Raizal☐ R*rom* gitano☐ 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: CL 82 # 28E 45

**1.12** Municipio CALI

**1.13** Localidad/comuna/vereda.

**1.14** Barrio. INVASION

**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: SIN ASEGURAMIENTO

**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) 27/12/2021

## 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) 06/01/2022)

**3.2** Fecha de inicio 1 Fase: (dd/mm/aa) 06/01/2022

**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 07/02/22) fase I☐ fase II ☐ dosis:27_____. 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☑ | Alcoholismo: | Sí☐ No■ |
| Diabetes | Sí ☐ | No☑ | Tabaquismo | Sí☐ No■ |
| Cáncer | Sí ☐ | No☑ | Consumos psicoactivos | Sí■ No☐ |
| EPOC | Sí ☐ | No☑ | | |
| Enf.Renal | Sí ☐ | No☑ | | |
| Enf.Hep | Sí ☐ | No☐ | | |
| Desnutrición | Sí☐ | No☑ | | |
| Enf. Mental. | Sí ☐ | No☑ | Otra ☐ ¿Cuál?____ | |

| | | |
|---|---|---|
| **3.6** Acceso a controles médicos a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:<br>1 mes Sí☐ No■ NR☐<br>3 mes Sí☐ No☐ NR☐<br>5 mes Sí☐ No☐ NR☐<br>Controles adicionales para TF FR:<br>Sí☐ No☐ NR☐ Incompletos☐ | **3.7** Acceso a controles de enfermería a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:<br>1 mes Sí☐ No■ NR☐<br>2 mes Sí☐ No☐ NR☐<br>3 mes Sí☐ No☐ NR☐<br>4 mes Sí☐ No☐ NR☐<br>5 mes Sí☐ No☐ NR☐<br>6 mes Sí☐ No☐ NR☐<br>Controles adicionales para TF FR:<br>Sí☐ No☐ NR☐<br>incompletos☐<br>No aplica☐ | **3.8** Acceso a controles bacteriológicos a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:<br>• Al finalizar fase intensiva:<br>Sí☐ No■ positivo☐ negativo☐<br>No reporta☐<br>• En la mitad de la fase de continuación:<br>Sí☐ No☐ positivo☐ negativo☐<br>No reporta☐<br>• Al finalizar el tratamiento:<br>Sí☐ No☐ positivo☐ negativo☐<br>No reporta☐ |

| | | |
|---|---|---|
| **3.9** Acceso a controles de nutrición a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:<br>1 mes Sí☐ No☑ NR☐<br>3 mes Sí☐ No☐ NR☐<br>5 mes Sí☐ No☐ NR☐<br>6 mes Sí☐ No☐ NR☐ | **3.10** Acceso a controles de psicología a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:<br>1 mes Sí☐ No☑ NR☐<br>3 mes Sí☐ No☐ NR☐<br>5 mes Sí☐ No☐ NR☐<br>6 mes Sí☐ No☐ NR☐ | **3.11** Acceso a valoración trabajo social a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:<br>Antes de iniciar el tratamiento<br>Sí☐ No☐ Incompletos☐<br>Controles adicionales para TF FR: Sí☐ No☐<br>No aplica☐ incompletos ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| **3.12** Reacciones adversas durante el tratamiento:<br>Ninguna■ Alergia☐ Prurito☐ Intolerancia gástrica☐ ictericia☐<br>Nauseas☐ Vomitó☐ Alteración visual☐ Alteración auditiva☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____. | **3.13** ¿Recibe tratamiento ARV?<br>Sí☐ No☐ No registra ☐ No aplica ☐ | **3.14** ¿Recibe trimetoprim sulfa?<br>No☐ No registra ☐ No aplica ☐ |
| **3.15** Modalidad de tratamiento observado TDO:<br>TDO en IPS■ TDO en comunidad☐ TDO domiciliario☐<br>TDO Virtual☐ TDO Hospitalario☐ | **3.16** Fecha de finalización del tratamiento<br>(dd/mm/aa) | **3.17** Condición de egreso al tratamiento:<br>Curado☐ Terminado☐ Fracaso☐<br>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? _____. | me vovio a dar, asi que siento miedo de no curarme |
| **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) 07/02/22 | **7.13** Nombre del profesional que realiza la visita: Diana Luz Angulo Bazan |

| 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).<br>Sí ☐ No ☐ No aplica ☐ | **8.8** ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad?<br>Sí ☐ No ☐ | **8.9** ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración?<br>Sí ☐ No ☐ No aplica ☐ |
| **8.10** Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| **8.11** Resultado de la visita<br>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?<br>Sí ☐ No ☐ No aplica ☐ | **9.2** ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias?<br>Sí ☐ No ☐ No aplica ☐ | **9.3** ¿Se deriva a valoración por nutrición?:<br>Sí ☐ No ☐ No aplica ☐ |
| **9.4 ¿**Se deriva a valoración por psicología?<br>Sí ☐ No ☐ No aplica ☐ | **9.5** Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros)<br>Sí ☐ No☐ No aplica ☐ | **9.6** ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia?<br>Sí ☐ No☐ No aplica ☐ |
| **9.7** Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros).<br>Sí ☐ No ☐ No aplica ☐ | **9.8** ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad?<br>Si ☐ No ☐ aplica ☐ | **9.9** ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración?<br>Sí ☐ No ☐ No aplica ☐ |
| **9.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:**<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ | | |
| **8.11 R**esultado de la visita<br>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)** | | |
| Victor Daniel Castillo M<br>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 Luz Angulo B<br>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 ☐<br>Laboral ☐<br>Comunitario ☐<br>Institucional ☐<br>Escolar ☐ | Contributivo ☐<br>Subsidiado ☐<br>Reg. Especial ☐<br>No asegurado ☐ | ≤5 años ☐<br>6≤ a 15 años ☐<br>VIH/SIDA ☐<br>Indígena ☐<br>LGBTI ☐<br>Migrante ☐<br>Privado de libertad ☐<br>Trabajador salud ☐<br>Habitante de calle ☐<br>Otro ☐<br>¿Cual? _____. | Trasplante ☐<br>Tratamiento inmunosupresor ☐<br>Silicosis ☐<br>Cáncer ☐<br>Diabetes ☐<br>Enf. Renal ☐<br>Artritis ☐<br>Cáncer ☐<br>Desnutrición ☐<br>Otro ☐<br>¿Cual?_____. | **1º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>**2º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>**3º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>**Visita adicional:**<br>Sí☐ No☐ | **Cultivo líquido**<br>Sí☐ No☐ NR☐<br>positivo☐ negativo☐<br>contaminado ☐<br>**Prueba molecular**<br>Sí☐ No☐ NR☐<br>Detectado ☐<br>No detectado ☐<br>No interpretable ☐<br>**Baciloscopia**<br>Si ☐ No☐ NR ☐<br>positivo☐ negativo☐ | **1º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR☐<br>**2º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR☐<br>**3º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR☐ | Si ☐ No ☐ NR☐<br>Normal ☐<br>Alterado ☐ | Si ☐<br>No ☐<br>**Egreso de profilaxis:**<br>Terminado☐<br>Fallecido☐<br>Abandono☐<br>No evaluado☐<br>Fecha: _____. |
| (dd/mm/aa) | | | | | | | Familiar ☐<br>Laboral ☐<br>Comunitario ☐<br>Institucional ☐<br>Escolar ☐ | Contributivo ☐<br>Subsidiado ☐<br>Reg. Especial ☐<br>No asegurado ☐ | ≤5 años ☐<br>6≤ a 15 años ☐<br>VIH/SIDA ☐<br>Indígena ☐<br>LGBTI ☐<br>Migrante ☐<br>Privado de libertad ☐<br>Trabajador salud ☐<br>Habitante de calle ☐<br>Otro ☐<br>¿Cual? _____. | Trasplante ☐<br>Tratamiento inmunosupresor ☐<br>Silicosis ☐<br>Cáncer ☐<br>Diabetes ☐<br>Enf. Renal ☐<br>Artritis ☐<br>Cáncer ☐<br>Desnutrición ☐<br>Otro ☐<br>¿Cual?_____. | **1º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>**2º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>**3º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>**Visita adicional:**<br>Sí☐ No☐ | **Cultivo líquido**<br>Sí☐ No☐ NR☐<br>positivo☐ negativo☐<br>contaminado ☐<br>**Prueba molecular**<br>Sí☐ No☐ NR☐<br>Detectado ☐<br>No detectado ☐<br>No interpretable ☐<br>**Baciloscopia**<br>Si ☐ No☐ NR ☐<br>positivo☐ negativo☐ | **1º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR☐<br>**2º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR☐<br>**3º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR☐ | Si ☐ No ☐ NR☐<br>Normal ☐<br>Alterado ☐ | Si ☐<br>No ☐<br>**Egreso de profilaxis:**<br>Terminado☐<br>Fallecido☐<br>Abandono☐<br>No evaluado☐<br>Fecha: _____. |
| (dd/mm/aa) | | | | | | | Familiar ☐<br>Laboral ☐<br>Comunitario ☐<br>Institucional ☐<br>Escolar ☐ | Contributivo ☐<br>Subsidiado ☐<br>Reg. Especial ☐<br>No asegurado ☐ | ≤5 años ☐<br>6≤ a 15 años ☐<br>VIH/SIDA ☐<br>Indígena ☐<br>LGBTI ☐<br>Migrante ☐<br>Privado de libertad ☐<br>Trabajador salud ☐<br>Habitante de calle ☐<br>Otro ☐<br>¿Cual? | Trasplante ☐<br>Tratamiento inmunosupresor ☐<br>Silicosis ☐<br>Cáncer ☐<br>Diabetes ☐<br>Enf. Renal ☐<br>Artritis ☐<br>Cáncer ☐<br>Desnutrición ☐<br>Otro ☐<br>¿Cual?_____. | **1º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>**2º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>**3º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>**Visita adicional:**<br>Sí☐ No☐ | **Cultivo líquido**<br>Sí☐ No☐ NR☐<br>positivo☐ negativo☐<br>contaminado ☐<br>**Prueba molecular**<br>Sí☐ No☐ NR☐<br>Detectado ☐<br>No detectado ☐<br>No interpretable ☐<br>**Baciloscopia**<br>Si ☐ No☐ NR ☐<br>positivo☐ negativo☐ | **1º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR☐<br>**2º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR☐<br>**3º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR☐ | Si ☐ No ☐ NR☐<br>Normal ☐<br>Alterado ☐ | Si ☐<br>No ☐<br>**Egreso de profilaxis:**<br>Terminado☐<br>Fallecido☐<br>Abandono☐<br>No evaluado☐<br>Fecha: _____. |
| (dd/mm/aa) | | | | | | | Familiar ☐<br>Laboral ☐<br>Comunitario ☐<br>Institucional ☐<br>Escolar ☐ | Contributivo ☐<br>Subsidiado ☐<br>Reg. Especial ☐<br>No asegurado ☐ | ≤5 años ☐<br>6≤ a 15 años ☐<br>VIH/SIDA ☐<br>Indígena ☐<br>LGBTI ☐<br>Migrante ☐<br>Privado de libertad ☐<br>Trabajador salud ☐<br>Habitante de calle ☐<br>Otro ☐<br>¿Cual? _____. | Trasplante ☐<br>Tratamiento inmunosupresor ☐<br>Silicosis ☐<br>Cáncer ☐<br>Diabetes ☐<br>Enf. Renal ☐<br>Artritis ☐<br>Cáncer ☐<br>Desnutrición ☐<br>Otro ☐<br>¿Cual?_____. | **1º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>**2º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>**3º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>**Visita adicional:**<br>Sí☐ No☐ | **Cultivo líquido**<br>Sí☐ No☐ NR☐<br>positivo☐ negativo☐<br>contaminado ☐<br>**Prueba molecular**<br>Sí☐ No☐ NR☐<br>Detectado ☐<br>No detectado ☐<br>No interpretable ☐<br>**Baciloscopia**<br>Si ☐ No☐ NR ☐<br>positivo☐ negativo☐ | **1º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR☐<br>**2º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR☐<br>**3º visita:**<br>Sí☐ No☐<br>Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR☐ | Si ☐ No ☐ NR☐<br>Normal ☐<br>Alterado ☐ | Si ☐<br>No ☐<br>**Egreso de profilaxis:**<br>Terminado☐<br>Fallecido☐<br>Abandono☐<br>No evaluado☐<br>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)