E S E Hospital Local de Montelíbano
Mejoramos para Servir!

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

ACTIVIDA # 8

Realizar 12 visitas de seguimiento (8 en Montelíbano) a la administración de tratamiento en el ámbito domiciliario a pacientes nuevos con Tuberculosis del año 2021 en los 3 municipios objeto de este contrato en el departamento de Córdoba. Previo a la actividad se realizará procesos de lavado de manos, desinfección con antibacterial y toma de temperatura y diligenciamiento del formato de asistencia. Los profesionales que desarrollaran las actividades deben recibir una inducción desde la Secretaria de Desarrollo de la Salud.

E S E Hospital Local de Montelíbano
Mejoramos para Servir!

Gobernación de
Córdoba
Ahora le toca al pueblo

EVIDENCIAS

- ACTAS
- ASISTENCIAS
- FOTOGRAFICAS

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	INVITACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

de 2022

Señor (a): Liceth Cifuentes Acosta.

ASUNTO: Realizar busqueda activa de Pacientes. sintomaticos Respiratorio.

Cordial saludo

E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO la/o estamos invitando a Al Joven Carlos Andres Tolles Perez. a realizar Visita de Seguimiento. En su Casa.

Con el objetivo de dar cumplimiento al convenio interadministrativo N° 537. 2022, celebrado entre la gobernación de Córdoba y la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO vigencia 2022. Por tal motivo le extendemos la invitación a su comunidad a la actividad en mención, que se realizará el

Día: 6-12-2022.

Lugar: Mlibano - B/candelaria.

Hora: 4:00 PM.

Esperamos su asistencia

Cordialmente,

Guillermina Osorio O
Profesional responsable de la actividad
CC. 26. 203 299.

Liceth Cifuentes A
Representante de la comunidad
CC. 1063.277.345.

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 02	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	ACTA DE REUNIONES SALUD PÚBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar y fecha: Montelibano. 06-12-2022.	Hora de Inicio: 4:00 PM. Hora de Finalización: 5:00 PM.

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar busqueda activa de. Pacientes Sintomaticos Respiratorio.

Desarrollo de la Reunión

Se Presenta ante el Presidente(a) de la Junta de accion Comunal del barrio la candelaria la Sigoiente actividad a realizar visita domici_ ciliaria al Joven Carlos Andres Torres Perez, lo cual se capacita con Precio lavado de manos y cuestiona- rio a realizar. Sobre sus cuidados Controles y tratamiento. que necesita de acuerdo con lo definido en los. lini@amientos del programa de control y Prevencion de la tuberculosis.

Responsables de la Actividad

Guillermina Osorio

La salud es de todos | Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS
INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Versión 001.27/11/2019 Elaboró OACM

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.

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

1.1 Sexo: M[X] F[ ]

1.2 Edad: 24

1.3 Nombre y apellidos: Carlos Andres Torres Perez

1.4 Tipo de documento de identidad: CC [X] RC [ ] PS [ ] CE [ ] NUIP [ ] Otro [ ]

1.5 Número de identificación: 1214742546

1.6 Ocupación: Desempleado.

1.7 Etnia: Indígena [ ] Afrocolombiano [ ] Raizal [ ] *rom* gitano [ ] Si es indígena indique el pueblo _____.

1.8 Escolaridad: Sin escolaridad [ ] Primaria [ ] Bachillerato [ ] Técnico [ ] Profesional [X] Posgrado [ ]

1.9 Estado Civil: Soltero(a) [X] Casado(a) [ ] Unión Libre [ ] Otro [ ]

1.10 Departamento/Distrito

1.11 Dirección de residencia: Calle 24 # 23 - 147

1.12 Municipio Montelibano

1.13 Localidad/comuna/vereda.

1.14 Barrio. la candelaria

1.15 Área geográfica: Zona Urbana [X] Rural [ ] Rural dispersa [ ]

1.16 Tipo de vivienda: Casa [X] Apartamento [ ] Albergue [ ] Centro Protección [ ] Ninguna [ ]

1.17 Tipo de trabajo: Empleado [ ] Independiente [ ] Desempleado [X]

1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] No asegurado [ ] Régimen Especial [ ]

1.19 Nombre de la EAPB: Nueva EPS.

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 [X]

1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? Hacinamiento Sí [ ] No [X] Falta ventilación Sí [ ] No [X] Iluminación Sí [ ] No [X]

1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 [X] 1 [ ] 2-3 [ ] 4-6 [ ] >6 [ ]

1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz [X] agua [X] alcantarillado [ ] gas [X] internet [X] televisión [ ] teléfono [ ] recolección de basuras [X]

1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene [X] < 1 SMLMV [ ] 2-3 SMLMV [ ] >4 SMLMV [ ]

1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1 [ ] 2 [ ] 3 [X] >3 [ ]

1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí [ ] No [X]

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

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar [X] 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 [X] No [ ] Radiografía de tórax: Sí [X] No [ ] Diagnóstico clínico: Sí [X] 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 [ ] + [ ] ++ [X] +++ [ ] NR [ ]

2.5 Tipo de caso: TB Sensible [ ] TBMDR/RR [ ] TB Mono H [ ] TBXDR [ ]

2.6 Fecha de diagnóstico: (dd/mm/aa) 1-06-2022.

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) 1-06-2022

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

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 (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:
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:
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 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, 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? No tengo	
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)
6-12-2022.

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 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)

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

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

4. REGISTRO DE CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS

4.1 Nombre y apellidos del caso índice: | **4.2** Tipo de documento de identidad: CC ☐ RC ☐ PS ☐ CE ☐ NUIP ☐ Otro ☐ | **4.3** Número de identificación: | **4.4** Dirección: | **4.5** Departamento/Distrito:

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)	
(dd/mm/aa)							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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 ☐	1 S R 2 S R 3 S R
(dd/mm/aa)							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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 ☐	1 S R 2 S R 3 S R
(dd/mm/aa)							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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 ☐	1 S R 2 S R 3 S R
(dd/mm/aa)							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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 ☐	1 S R 2 S R 3 S R

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

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT
Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

N°	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/0 (-)	2 (+) Y/0 (-)	3 (+) Y/0 (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	6/12/22	Carlos Andres Torres Perez	cc.	1214742.546.	24	M	calle 24 # 23-47	3108206587.	B/ la candelaria	subsidiado	Nueva EPS	Andres Torres Perez									
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	INVITACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

de 2022

Señor (a): Donni chaverra Sanchez.

ASUNTO: Realizar busqueda activa de sintomaticos Respiratorios.

Cordial saludo

E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO la/o estamos invitando a familiar y al Señor Santiago Biblano Hoyos Mediano a realizar visita domiciliaria de seguimiento.

Con el objetivo de dar cumplimiento al convenio interadministrativo N° 537. 2022, celebrado entre la gobernación de Córdoba y la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO vigencia 2022. Por tal motivo le extendemos la invitación a su comunidad a la actividad en mención, que se realizará el

Día: 7-12-2022.
Lugar: Libano - B/villaflorida.
Hora: 11:00 AM.

Esperamos su asistencia

Cordialmente,

Guillermina Usorio
Profesional responsable de la actividad
CC. 26.203.299.

Donni chaverra S.
Representante de la comunidad
CC. 78.301398.

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	CONCERTACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCION COLECTIVA 2022

En el municipio de Montelibano. a los 07 días del mes de Diciembre del 2022 se reunieron Donni chaverra Sanchez. quien se desempeña como P.J.A.C. y Guillermina Osorio, en representación de la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO _____ con el objetivo de concertar la ejecución de las actividades objeto del convenio interadministrativo N° 537 del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Publica, 2022.

Para mayor constancia se firma la presenta acta por los que en ella intervinieron a los 07 días del mes de Diciembre del 2022

Nombre Guillermina Osorio
Cédula 26.203.299
Numero Celular
Representante de la ESE Montelibano.

Donni chaverra Sanchez.
Nombre:
Cédula 78:301 398.
Número celular 3127239427.
funcionario del Municipio o entidad
P.J.A.C.

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 02	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	ACTA DE REUNIONES SALUD PÚBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar y fecha: Montelibano. 07-12-2022.	Hora de Inicio: 11:00 AM. Hora de Finalización: 12:00 PM.

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar busqueda activa de Pacientes. Sintomaticos. Respiratorios.

Desarrollo de la Reunión

Se Presenta ante el Presidente de la Junta de acción Comunal. del barrio Villa Florida. la Siguiente. actividad a realizar, visita. domiciliaria al Señor Santiago. Bibiano Hoyos Mediano quien. es mayor de edad y quien en compañia de su Familiar. (Hija). recibieron. Capacitacion y orientacion Sobre Cuidados. y tratamientos. que necesita. de acuerdo. con lo definido en los. liniamientos. del Programa de control y Prevencion de. la tuberculosis.

Guillermina Osorio

Responsables de la Actividad

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	CERTIFICACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Nadia Suarez Vergara., identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 22799815 , en Representación del _____, certifico que la E. S. E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO realizó:

Visita domiciliaria al Señor Santiago Bibiano Hoyos Medrano. de Seguimiento. y capacitacion a Familiares.

Durante la actividad se garantizó la entrega de refrigerio saludable e insumos para las dinámicas. SI [X] NO [ ]

Para constancia se firma en Montelibano a los 07 días del mes de Diciembre del 2022.

NOMBRE Y APELLIDOS: Nadia E Suárez V

FIRMA: Nadia E Suarez V

CELULAR: 304 290 4628.

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

Versión 001.27/11/2019 Elaboró OACM

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.

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

1.1 Sexo: M [X] F [ ]
1.2 Edad: 91
1.3 Nombre y apellidos: Santiago Bibiano Hoyos Medrano
1.4 Tipo de documento de identidad: CC [X] RC [ ] PS [ ] CE [ ] NUIP [ ] Otro [ ]
1.5 Número de identificación: 2.802.692.
1.6 Ocupación:
1.7 Etnia: Indígena [ ] Afrocolombiano [ ] Raizal [ ] *rom* gitano [ ] Si es indígena indique el pueblo _____.
1.8 Escolaridad: Sin escolaridad [ ] Primaria [X] Bachillerato [ ] Técnico [ ] Profesional [ ] Posgrado [ ]
1.9 Estado Civil: Soltero(a) [ ] Casado(a) [X] Unión Libre [ ] Otro [ ]
1.10 Departamento/Distrito Cordoba.
1.11 Dirección de residencia: Cra 13 - Calle 23 . Ulibano
1.12 Municipio
1.13 Localidad/comuna/vereda.
1.14 Barrio. Villa Florida
1.15 Área geográfica: Zona Urbana [X] Rural [ ] Rural dispersa [ ]
1.16 Tipo de vivienda: Casa [X] Apartamento [ ] Albergue [ ] Centro Protección [ ] Ninguna [ ]
1.17 Tipo de trabajo: Empleado [ ] Independiente [ ] Desempleado [X]
1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] No asegurado [ ] Régimen Especial [ ]
1.19 Nombre de la EAPB: Coosalud.
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 [X]
1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? Hacinamiento Sí [X] No [ ] Falta ventilación Sí [ ] No [X] Iluminación Sí [ ] No [X]
1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 [X] 1 [ ] 2-3 [ ] 4-6 [ ] >6 [ ]
1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz [X] agua [X] alcantarillado [X] gas [X] internet [ ] televisión [X] teléfono [ ] recolección de basuras [X]
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 [X] >3 [ ]
1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí [X] No [ ]

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

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar [X] 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 [X] No [ ] Radiografía de tórax: Sí [X] No [ ] Diagnóstico clínico: Sí [X] 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 [X] + [ ] ++ [ ] +++ [ ] NR [ ]
2.5 Tipo de caso: TB Sensible [ ] TBMDR/RR [ ] TB Mono H [ ] TBXDR [ ]
2.6 Fecha de diagnóstico: 13-09-2022.

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: 13-09-2022
3.2 Fecha de inicio 1 Fase: 13-09-2022.
3.3 Fecha de inicio 2 Fase:

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:
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:
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 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, 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? no tiene	

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)
7-12-2022

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 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)

Lucía Rogers. 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
Guillermina Osorio 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)
							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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: _____.
							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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: _____.
							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 años ☐ VIH/SIDA ☐ Indígena ☐	Trasplante ☐ Tratamiento inmunosupresor ☐ Silicosis ☐ Cáncer ☐ Diabetes ☐ Enf. Renal ☐	**1º visita:** Sí ☐ No ☐ **2º visita:** Sí ☐ No ☐ **3º visita:** Sí ☐ No ☐ **Visita adicional:**	**Cultivo líquido** Sí ☐ No ☐ NR ☐ positivo ☐ negativo ☐ contaminado ☐	**1º visita:** Sí ☐ No ☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ ≥10mm ☐ NR ☐ **2º visita:**	Si ☐ No ☐ NR ☐ Normal ☐ Alterado ☐	Si ☐ No ☐ **Egreso de profilaxis:** Terminado ☐ Fallecido ☐ Abandono ☐ No evaluado ☐

							Institucional ☐	No asegurado ☐	LGBTI ☐ Migrante ☐ Privado de libertad ☐ Trabajador salud ☐ Habitante de calle ☐ Otro ☐ ¿Cual?_____.	Artritis ☐ Cáncer ☐ Desnutrición ☐ Otro ☐ ¿Cual?_____.	Sí☐ No☐	**Prueba molecular** Sí☐ No☐ NR ☐ Detectado ☐ No detectado ☐ No interpretable ☐ **Baciloscopia** Si ☐ No☐ NR ☐ positivo☐ negativo☐	Sí☐ No☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm☐ ≥10mm ☐ NR ☐ **3º visita:** Sí☐ No☐ Resultado: <5mm ☐ ≥5mm☐ ≥10mm ☐ NR ☐		Fecha: _____.
							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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 pa ra registrar los contactos identificados y su seguimiento)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
Alejandro para Servir

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

Nº	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/0 (-)	2 (+) Y/0 (-)	3 (+) Y/0 (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	7/12/22.	Santiago Bibiano Hoyos Medrano	CC.	2.802.642	91	M	C1#13 calle 87	312815 95722	B/villa Florida	Subsidiado	coosalud	Santiago Hoyos.									
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	INVITACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

7/12 de 2022

Señor (a): Anibal Antonio Blanco Perez.

ASUNTO: Realizar busqueda activa de Sintomaticos Respiratorias.

Cordial saludo

E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO la/o estamos invitando a la Señora y Familiares de Ana Felicia Quiedo Acosta a realizar visita domiciliaria de Seguimiento.

Con el objetivo de dar cumplimiento al convenio interadministrativo N° 537. 2022, celebrado entre la gobernación de Córdoba y la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO vigencia 2022. Por tal motivo le extendemos la invitación a su comunidad a la actividad en mención, que se realizará el

Día: 7-12-2022.
Lugar: Montelibano B/Pablo Sexto.
Hora: 9:00 AM.

Esperamos su asistencia

Cordialmente,

Guillermina Osorio
Profesional responsable de la actividad
CC. 26.203.299

Anibal Antonio Blanco Perez
Representante de la comunidad
CC. 78.245.979.

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	CONCERTACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCION COLECTIVA 2022

En el municipio de Montelíbano. a los 07 días del mes de Diciembre del 2022 se reunieron Aníbal Antonio Blanco Perez quien se desempeña como Presidente Junta de accion comunal y Guillermina Usorio, en representación de la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO _____ con el objetivo de concertar la ejecución de las actividades objeto del convenio interadministrativo N° 537 del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Publica, 2022.

Para mayor constancia se firma la presenta acta por los que en ella intervinieron a los 07 días del mes de Diciembre del 2022

Nombre Guillermina Usorio
Cédula 26. 203 299
Numero Celular
Representante de la ESE Montelibano.

Aníbal Antonio Blanco Perez
Nombre:
Cédula 78.295 974
Número celular 311 673 5785.
funcionario del Municipio o entidad

Gobernación de Córdoba — Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 02	E S E Hospital Local de Montelíbano — Mejoramos para Servir!
	ACTA DE REUNIONES SALUD PÚBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar y fecha: Montelibano - 07-12-2022.	Hora de Inicio: 9:00 AM. Hora de Finalización: 10:00 AM.

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar busqueda activa de Pacientes. Sintomaticos Respiratorios.

Desarrollo de la Reunión

Se Presenta ante el Presidente de la Junta de acción comunal de barrio Pablo Sexto. la siguiente actividad a realizar, visita domiciliaria a la Señora Ana Felicia Ovieda Acosta. quien es mayor de edad y quien en compañia de su familia (nieta). recibie ron capacitacion, y orientacion sobre cuidados y tratamiento que necesita. de acuerdo con lo definido en los. liniamientos del Programa de control. y Prevencion de la tuberculosis.

Guillermina Osorio

Responsables de la Actividad

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	CERTIFICACION	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Nadia Suarez Vergara, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 22799815, en Representación del _____, certifico que la E. S. E HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO realizó:

- la visita domiciliaria a la Paciente Ana Felicia Oviedo Acosta, visita de Segoimiento y Capacitacion a Familiares y Paciente.

Durante la actividad se garantizó la entrega de refrigerio saludable e insumos para las dinámicas. SI [X] NO [ ]

Para constancia se firma en Montelibano a los 07 días del mes de Diciembre del 2022.

NOMBRE Y APELLIDOS: Nadia Suárez Vergara

FIRMA: Nadia E Suárez C

CELULAR: 3042904628

La salud es de todos | Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS
INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Versión 001.27/11/2019 Elaboró OACM

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.

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

1.1 Sexo: M☐ F☒ **1.2** Edad: 85 **1.3** Nombre y apellidos: Ana Felicia ovieo acosta **1.4** Tipo de documento de identidad: CC☒ RC☐ PS☐ CE☐ NUIP☐ Otro☐

1.5 Número de identificación: 25.998.370 **1.6** Ocupación: Ama de casa **1.7** Etnia: Indígena☐ Afrocolombiano☐ Raizal☐ *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

1.11 Dirección de residencia: Carrera 12. calle 12 **1.12** Municipio Montelibano **1.13** Localidad/comuna/vereda. **1.14** Barrio. Pablo sexto **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: Nueva EPS. **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:
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:
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 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, 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? No tiene.	
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 - 12 - 2022

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 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)

Leana seña 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
Guillermina Osorio 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:

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)
(dd/mm/aa)							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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☐
(dd/mm/aa)							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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☐
(dd/mm/aa)							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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☐
(dd/mm/aa)							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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☐

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

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
Alejandro para Servir

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

Nº	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de lamínas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/0 (-)	2 (+) Y/0 (-)	3 (+) Y/0 (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	7/12/22	Ana Felicia Oviedo Acosta	CC	25.998.370	85	F	Cra 12. Calle 12	3125623972	Pablo Sexto	Subsidiado	Nueva EPS	Jeana Seña									
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	INVITACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

11/12 de 2022

Señor (a): Sandra Bravo Alvarez

ASUNTO: Realizar Busqueda activa de sintomaticos Respiratorios

Cordial saludo

E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO la/o estamos invitando a la Señora Faris del Socorro Mendoza.B y Familiares q realizar visita de Seguimiento.

Con el objetivo de dar cumplimiento al convenio interadministrativo N°_____ 2022, celebrado entre la gobernación de Córdoba y la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO vigencia 2022. Por tal motivo le extendemos la invitación a su comunidad a la actividad en mención, que se realizará el

Día: 11 - 12 - 2022
Lugar: Montelibano B/San José 2.
Hora: 2:00. PM.

Esperamos su asistencia

Cordialmente,

Guillermina Usorio O
Profesional responsable de la actividad
CC26.203.299.

Sandra Bravo Alvarez
Representante de la comunidad
CC. 22 805 933.

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E.S.E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	CONCERTACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCION COLECTIVA 2022

En el municipio de Montelibano a los 11 días del mes de Diciembre del 2022 se reunieron Sandra Bravo Alvarez quien se desempeña como Presidenta Junta acción comunal y Guillermina O., en representación de la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO _____ con el objetivo de concertar la ejecución de las actividades objeto del convenio interadministrativo N° 537 del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Publica, 2022.

Para mayor constancia se firma la presenta acta por los que en ella intervinieron a los 11 días del mes de Diciembre del 2022

Nombre Guillermina Usorio
Cédula 26.203 299.
Numero Celular
Representante de la ESE Montelibano

Sandra Bravo Alvarez
Nombre:
Cédula 22 805933
Número celular 3233249654
funcionario del Municipio o entidad
P.J.A.C.

Gobernación de Córdoba — Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 02	E S E Hospital Local de Montelíbano — Mejoramos para Servir!
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar y fecha: Montelibano, 7-12-2022	Hora de Inicio: 2:00 PM. Hora de Finalización: 3:00 PM.

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar busqueda activa de Pacientes Sintomaticos Respiratorios.

Desarrollo de la Reunión

Se Presenta ante la Presidenta de la Junta de acción comunal del barrio San José #2 la siguiente Actividad a realizar. Visita domiciliaria a la Paciente Faris del Socorro Mendoza donde Se realizara la visita de Seguimiento y Capacitación Sobre su tratamiento y Cuidados que necesitan de acuerdo con lo definido en los lineamientos del Programa de control y Prevención de la tuberculosis.

Responsables de la Actividad

Guillermina Osorio

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	CERTIFICACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Nadia Suarez Veigara, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 22 799 815, en Representación del _____, certifico que la E. S. E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO realizó:

Visita domiciliaria a la Paciente Faris Mendoza. B. visita de Seguimiento a la enfermedad de TB. donde se llena cuestionario de Preguntas y capacitación sobre su cuidado a ella y familiares

Durante la actividad se garantizó la entrega de refrigerio saludable e insumos para las dinámicas. SI [X] NO [ ]

Para constancia se firma en Montelibano a los 14 días del mes de Diciembre del 2022.

NOMBRE Y APELLIDOS: Nadia E Suárez Veigara

FIRMA: Nadia E Suárez V

CELULAR: 304 290 4628

La salud es de todos | Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS
INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Versión 001.27/11/2019 Elaboró OACM

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.

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

1.1 Sexo: M☐ F☒ **1.2** Edad: 50. **1.3** Nombre y apellidos: Faris del Socorro Mendoza. B **1.4** Tipo de documento de identidad: CC☒ RC☐ PS☐ CE☐ NUIP☐ Otro☐

1.5 Número de identificación: 50 940.595. **1.6** Ocupación: Ama de Casa. **1.7** Etnia: Indígena☐ Afrocolombiano☐ Raizal☐ *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 Cordoba

1.11 Dirección de residencia: Calle 18.cll 14. **1.12** Municipio Montelibano **1.13** Localidad/comuna/vereda. **1.14** Barrio. San José **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: Sanitas **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:

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: 8/05/2022. **3.2** Fecha de inicio 1 Fase: 9/05-/2022 **3.3** Fecha de inicio 2 Fase:

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 fase I☐ fase II ☐ dosis:_____.
2ª visita fase I☐ fase II ☐ dosis:_____.
3ª visita fase I☐ fase II ☐ dosis:_____.
4ª visita 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:
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:
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
15/11/2022

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, 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? No tiene.	
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 ☐ Si 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 ☒ Si 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 [X] Fallida [ ] No realizada [ ]

7.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa) 11/12-2022

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 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)

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

Guillermina Osorio
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

4. REGISTRO DE CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS

los 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:

y apellidos del ontacto	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)	
						Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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☐	1 S R [2 S R [3 S R [
						Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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☐	1 S R [2 S R [3 S R [
						Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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☐	1 S R [2 S R [3 S R [
						Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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☐	1 S R [2 S R [3 S R [

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

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
Mejorando para Servir

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

Nº	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/0 (-)	2 (+) Y/0 (-)	3 (+) Y/0 (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	11/12/22	Farrol del Socorro Mendoza.	CC	50940595	50	F	calle 18 Cl 14	3235952 62	San José 2.	Subsidiado	Sanitas										
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	INVITACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

13/12/ de 2022

Señor (a): Luisa Delgado Goenza

ASUNTO: Realizar busqueda activa de Sintomaticos Respiratorios.

Cordial saludo

E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO la/o estamos invitando a al Señor Juan Antonio Guzman y Familiares. Paciente Positivo Para TB. con el Fin de realizar la visita de Seguimiento.

Con el objetivo de dar cumplimiento al convenio interadministrativo N°_____ 2022, celebrado entre la gobernación de Córdoba y la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO vigencia 2022. Por tal motivo le extendemos la invitación a su comunidad a la actividad en mención, que se realizará el

Día: 13/12/2022
Lugar: Montelibano Hucha Jagua.
Hora: 1:00 PM.

Esperamos su asistencia

Cordialmente,

Guillermina Usorio
Profesional responsable de la actividad
CC. 26.203 299

Luisa Delgado G.
Representante de la comunidad
CC. 1063 303 362

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	CONCERTACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCION COLECTIVA 2022

En el municipio de Montelibano a los 13 días del mes de Diciembre del 2022 se reunieron luisa delgado guerra quien se desempeña como Presidenta Junta acción comunal y Guillermina Osorio, en representación de la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO _____ con el objetivo de concertar la ejecución de las actividades objeto del convenio interadministrativo N° 537 del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Publica, 2022.

Para mayor constancia se firma la presenta acta por los que en ella intervinieron a los 13 días del mes de Diciembre del 2022

Nombre Guillermina Osorio
Cédula 26.203 299
Numero Celular
Representante de la ESE Montelibano

Nombre: luisa Delgado g.
Cédula 1063.303.362.
Número celular 322 624 4088.
funcionario del Municipio o entidad
P.J. A.C.

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 02	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	ACTA DE REUNIONES SALUD PÚBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar y fecha: Montelibano. 13-12-2022	Hora de Inicio: 1:00. PM. Hora de Finalización: 2:00 PM.

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar busqueda activa de Pacientes Sintomaticos Respiratorios.

Desarrollo de la Reunión

Se Presenta ante la presidenta de la Junta de accion comunal. del barrio mucha Jagua la Siguiente actividad a realizar; la visita al Señor Juan Antonio Goman, donde se la realizara visita de Segoimiento y capacitacion Sobre la enfermedad. y Sus cuidados, tratamiento que necesita de acuerdo con lo definido en los liniamientos. del Programa de control y Prevencion de la tuberculosis.

Responsables de la Actividad

Guillermina Osorio

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	CERTIFICACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Nadia Suarez Vergara., identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 22799815, en Representación del _____, certifico que la E. S. E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO realizó:

Visita Domiciliaria al Paciente Juan Guzman Positivo para tb. en el barrio Mocha Jagua. donde se le llena cuestionario de visita de seguimiento, previo a. Familiares.

Durante la actividad se garantizó la entrega de refrigerio saludable e insumos para las dinámicas. SI [X] NO [ ]

Para constancia se firma en Montelibano a los 13 días del mes de Diciembre del 2022.

NOMBRE Y APELLIDOS: Nadia E Suarez Vergara

FIRMA: Nadia E Suarez C

CELULAR: 304 290 4628

La salud es de todos | Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS
INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Versión 001.27/11/2019 Elaboró OACM

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.

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

1.1 Sexo: M[X] F[ ]
1.2 Edad: 56 años
1.3 Nombre y apellidos: Juan Antonio Bozman Saenz.
1.4 Tipo de documento de identidad: CC[X] RC[ ] PS[ ] CE[ ] NUIP[ ] Otro[ ]
1.5 Número de identificación: 78.586 149
1.6 Ocupación: labores del campo
1.7 Etnia: Indígena[ ] Afrocolombiano[ ] Raizal[ ] *rom* gitano[ ] Si es indígena indique el pueblo_____.
1.8 Escolaridad: Sin escolaridad[ ] Primaria[X] Bachillerato[ ] Técnico[ ] Profesional[ ] Posgrado[ ]
1.9 Estado Civil: Soltero(a)[ ] Casado(a)[ ] Unión Libre[X] Otro[ ]
1.10 Departamento/Distrito Córdoba
1.11 Dirección de residencia: Calle 17 # 18-96.
1.12 Municipio Montelibano
1.13 Localidad/comuna/vereda.
1.14 Barrio. Mucha Agua
1.15 Área geográfica: Zona Urbana[X] Rural[ ] Rural dispersa[ ]
1.16 Tipo de vivienda: Casa[X] Apartamento[ ] Albergue[ ] Centro Protección[ ] Ninguna[ ]
1.17 Tipo de trabajo: Empleado[ ] Independiente[X] Desempleado[ ]
1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo[ ] Subsidiado[X] No asegurado[ ] Régimen Especial[ ]
1.19 Nombre de la EAPB: Sanitas.
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[X] 2-3[ ] 4-6[ ] >6[ ]
1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? Hacinamiento Sí[ ] No[X] Falta ventilación Sí[ ] No[X] Iluminación Sí[ ] No[X]
1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0[ ] 1[X] 2-3[ ] 4-6[ ] >6[ ]
1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz[X] agua[X] alcantarillado[X] gas[X] internet[X] televisión[X] teléfono[ ] recolección de basuras[X]
1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene[X] < 1 SMLMV[ ] 2-3 SMLMV[ ] >4 SMLMV[ ]
1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1[ ] 2[ ] 3[X] >3[ ]
1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí[ ] No[X]

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

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar[X] Extrapulmonar[ ] Meníngea[ ]
Especifique la localización extrapulmonar: _____.
2.2 Condición de ingreso: Nuevo[X] Recaída[ ] Fracaso[ ] Recuperado tras pérdida[ ] Otro[ ]
2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí[ ] No[ ] Prueba Molecular: Sí[ ] No[ ] Baciloscopia: Sí[X] No[ ] Radiografía de tórax: Sí[X] No[ ] Diagnóstico clínico: Sí[X] 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: (-)[X] 1 a 9 BAAR[ ] +[ ] ++[ ] +++[ ] NR[ ]
2.5 Tipo de caso: TB Sensible[ ] TBMDR/RR[ ] TB Mono H[ ] TBXDR[ ]
2.6 Fecha de diagnóstico: 15-10-2021

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: 16 - Noviembre - 2022.
3.2 Fecha de inicio 1 Fase: 18-Nov-2022.
3.3 Fecha de inicio 2 Fase:

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 fase I☐ fase II ☐ dosis:_____.
2ª visita fase I☐ fase II ☐ dosis:_____.
3ª visita fase I☐ fase II ☐ dosis:_____.
4ª visita 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☐	Otra ☐	
EPOC	Sí☐ No☐	¿Cuál?	
Enf.Renal	Sí☐ No☐	_____.	
Enf.Hep	Sí☐ No☐		
Desnutrición	Sí☐ No☐		

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:
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:
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

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, 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 ☐ Si 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 ☒ Si 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 [X] Fallida [ ] No realizada [ ]

7.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)
13/12-2022.

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 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)

x Juan Guzmán
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

Guillermina Osorio
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

4. REGISTRO DE CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS

los 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:

y apellidos del ontacto	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)	
						Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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:** Si☐ No☐ **2º visita:** Si☐ No☐ **3º visita:** Si☐ No☐ **Visita adicional:** Si☐ No☐	**Cultivo líquido** Si☐ No☐ NR☐ positivo☐ negativo☐ contaminado ☐ **Prueba molecular** Si☐ No☐ NR☐ Detectado ☐ No detectado ☐ No interpretable ☐ **Baciloscopia** Si ☐ No☐ NR ☐ positivo☐ negativo☐	1 S R 2 S R 3 S R
						Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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:** Si☐ No☐ **2º visita:** Si☐ No☐ **3º visita:** Si☐ No☐ **Visita adicional:** Si☐ No☐	**Cultivo líquido** Si☐ No☐ NR☐ positivo☐ negativo☐ contaminado ☐ **Prueba molecular** Si☐ No☐ NR☐ Detectado ☐ No detectado ☐ No interpretable ☐ **Baciloscopia** Si ☐ No☐ NR ☐ positivo☐ negativo☐	1 S R 2 S R 3 S R
						Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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:** Si☐ No☐ **2º visita:** Si☐ No☐ **3º visita:** Si☐ No☐ **Visita adicional:** Si☐ No☐	**Cultivo líquido** Si☐ No☐ NR☐ positivo☐ negativo☐ contaminado ☐ **Prueba molecular** Si☐ No☐ NR☐ Detectado ☐ No detectado ☐ No interpretable ☐ **Baciloscopia** Si ☐ No☐ NR ☐ positivo☐ negativo☐	1 S R 2 S R 3 S R
						Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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:** Si☐ No☐ **2º visita:** Si☐ No☐ **3º visita:** Si☐ No☐ **Visita adicional:** Si☐ No☐	**Cultivo líquido** Si☐ No☐ NR☐ positivo☐ negativo☐ contaminado ☐ **Prueba molecular** Si☐ No☐ NR☐ Detectado ☐ No detectado ☐ No interpretable ☐ **Baciloscopia** Si ☐ No☐ NR ☐ positivo☐ negativo☐	1 S R 2 S R 3 S R

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

E S E Hospital Local de Montelíbano
Abriendo para Servir

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

Nº	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/0 (-)	2 (+) Y/0 (-)	3 (+) Y/0 (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1		Juan Antonio Guzman Saenz	cc	78.586.149	56	M	Calle 17 #18-96	3014098311	Mocha Jagua	Subsidiado	Sanitas	Juan G.									
2	3/11/22																				
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	INVITACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

14/12/de 2022

Señor (a): Katerine Garcia.S.

ASUNTO: Realizar busqueda activa de sintomaticos Respiratorios.

Cordial saludo

E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO la/o estamos invitando a la Señora Aida de la Cruz Perez Ramos y Familiares a realizar visita de Seguimiento.

Con el objetivo de dar cumplimiento al convenio interadministrativo N°_____ 2022, celebrado entre la gobernación de Córdoba y la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO vigencia 2022. Por tal motivo le extendemos la invitación a su comunidad a la actividad en mención, que se realizará el

Día: 14/12-2022.
Lugar: Montelibano Carrera 11b.
Hora: 10:00 AM.

Esperamos su asistencia

Cordialmente,

Guillermina Usorio
Profesional responsable de la actividad
CC. 26.203.299.

Katerine Sanes Garcia.
Representante de la comunidad
CC. 50946.748.

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	CONCERTACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCION COLECTIVA 2022

En el municipio de Montelibano. a los 14 días del mes de Diciembre del 2022 se reunieron Katerine Garcia Sierra. quien se desempeña como Presidenta Junta de acción. C. y Guillermina Usorio, en representación de la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO _____ con el objetivo de concertar la ejecución de las actividades objeto del convenio interadministrativo N° 537 del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Publica, 2022.

Para mayor constancia se firma la presenta acta por los que en ella intervinieron a los 14 días del mes de Diciembre del 2022

Nombre Guillermina Usorio
Cédula 26.203.209
Numero Celular
Representante de la ESE Montelibano.

Nombre: Katerine Garcia Sierra.
Cédula 50946748.
Número celular 3203880223.
funcionario del Municipio o entidad
P.J. H.C.

Gobernación de Córdoba – Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 02	E S E Hospital Local de Montelíbano – Mejoramos para Servir!
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar y fecha: 14-12-2022 Montelibano.	Hora de Inicio: 10:00 AM. Hora de Finalización: 11: AM.

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar Busqueda Activa de Pacientes Sintomaticos Respiratorios.

Desarrollo de la Reunión

Se Presenta ante el Presidente de la Junta de la acción comunal del barrio corina uribe la siguiente actividad a realizar:
visita domiciliaria a la Paciente. Aida de la cruz Perez Ramos, donde se le realizara capacitacion y visita de seguimiento sobre su cuidado, y tratamiento a seguir de acuerdo con lo definido en los liniamientos del Programa de control y Prevencion de la tuberculosis

Responsables de la Actividad

Guillermina Usoria

Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 01	E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!*
	CERTIFICACIÓN	FECHA: 27-07-2009	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Nadia Suarez Vergara, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 22 799 815. , en Representación del _____, certifico que la E. S. E HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO realizó:

la visita a la Señora Aida de la Cruz Perez en el barrio Carina Uribe donde se realizo cuestionario de Preguntas sobre la visita de Seguimiento con su Previa Lavada de manos y Capacitacion a Paciente y Familiares.

Durante la actividad se garantizó la entrega de refrigerio saludable e insumos para las dinámicas. SI [X] NO [ ]

Para constancia se firma en Montelibano a los 14. días del mes de Diciembre del 2022.

NOMBRE Y APELLIDOS: Nadia E. Suárez Vergara

FIRMA: Nadia E Suarez C

CELULAR: 304 290 4628.

La salud es de todos | Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS
INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Versión 001.27/11/2019 Elaboró OACM

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.

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

1.1 Sexo: M☐ F☒

1.2 Edad: 62 años

1.3 Nombre y apellidos: Aida de la cruz Perez Ramos

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

1.5 Número de identificación: 32252607

1.6 Ocupación: Ama de casa

1.7 Etnia: Indígena☐ Afrocolombiano☐ Raizal☐ *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: Cordoba

1.11 Dirección de residencia: M25 LT 20-2

1.12 Municipio: Montelibano

1.13 Localidad/comuna/vereda.

1.14 Barrio: Carina Olibe.

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: Nueva EPS.

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) 7-06-2022.

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) 11-06-2022

3.2 Fecha de inicio 1 Fase: (dd/mm/aa) 11-06-2022.

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 (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:
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:
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 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, 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 [X] Fallida [ ] No realizada [ ]

7.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)
14-12-2022

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 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)

Aida Pérez Ramos 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
Guillermina Osorio 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

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:

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)
(dd/mm/aa)							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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 ☐
(dd/mm/aa)							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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 ☐
(dd/mm/aa)							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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 ☐
(dd/mm/aa)							Familiar ☐ Laboral ☐ Comunitario ☐ Institucional ☐	Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Reg. Especial ☐ No asegurado ☐	Menor ≤5 años ☐ Menor <15 a 6 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 ☐

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

E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
Hospital para Servir

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Socia
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

Nº	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/0 (-)	2 (+) Y/0 (-)	3 (+) Y/0 (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	4/12/20	Aida de la Cruz Perez Ramos	cc	32.252607	62	F	MZ 5 L 20-2	3126117602	Colina Uribe	Subsidiado	Nueva EPS	Aida Perez R									
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____