

Guía de gestión de datos de **TUBERCULOSIS**

Agosto 2021
Segunda edición



TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
Mombosicha
Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

■ TETĀ REKUĀI
■ GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
tetyguára
mb'e





PROGRAMA NACIONAL DE
**Control de la
Tuberculosis**

Autoridades

Dr. Julio César Borba Vargas
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. Lida Mercedes Sosa Arguello
Vice Ministra de Rectoría y Vigilancia de la Salud

Dr. Víctor Guillermo Sequera
Director General de Vigilancia de la Salud

Dra. Viviana de Egea
Directora de Enfermedades Transmisibles

Dra. Sarita Aguirre García
Directora del Programa Nacional de Control de Tuberculosis

Dra. Lizzie Carolina Aquino Etcheverry
Directora del Laboratorio Central de Salud Pública

Dra. Santiago Insaurrealde
Director de la Red Nacional de Laboratorio,
Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud

Coordinación y elaboración para esta edición

Coordinación

Dra. Sarita Aguirre

Equipo Técnico de Coordinación, Elaboración y Revisión

Lic. Melissa Valdez

Lic. Angélica Medina

Lic. Hugo Benítez

Equipo Técnico del PNCT para la revisión

Lic. Ruth Lezcano

Lic. Ramona Cardozo

Lic. Claudia Ferreira

Lic. Cynthia Céspedes

Lic. Natalia Sosa

Lic. Leónida Segovia

Dr. Daniel Vázquez

Lic. Dora Yrala

Lic. Lidia Candia

Lic. Liz Rodríguez

Equipo Técnico externo para la revisión

Lic. María Magdalena Molinas (Alter Vida)

Dra. Beatriz Cohenca (Consultora OPS)

Dra. Pilar Muñoz (Laboratorio Central de Salud Pública/Departamento de TB)

Dra. Raquel Aguilar (Red Nacional de Laboratorio)

Comunicación

Lic. Mirian Núñez

Estadísticas

Lic. Natalia Sosa

Lic. Luz Pérez

Contenido

Introducción	10
PARTE 1	
Disposiciones Generales de Gestión de Datos de Tuberculosis	12
I. Propósito de la guía	13
II. Objetivos de la guía	14
1. Objetivo General	14
2. Objetivos Específicos	14
III. Alcance	15
IV. Normas de control y seguridad del Sistema de Gestión de Datos de Tuberculosis	16
V. Características que definen la calidad de los datos	19
VI. Sistema de Registro	20
Formulario 1. Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis	20
Registro en el SEPNECT del SR o Caso Presuntivo de TB	21
Formulario 2. Ficha de Notificación y Seguimiento del Caso de TB	22
Registro en el SEPNECT del Caso de TB	22
Formulario 3. Informe Mensual de Casos de TB y Control de Tratamiento	23
Registro en el SEPNECT del seguimiento del tratamiento del Caso de TB	23
Formulario 4. Formulario de Contactos y Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (TITL) o Quimioprofilaxis	24
Registro en el SEPNECT de Contactos y TITL	24
Formulario 5. Consolidado de TB	25
Consolidado dentro del SEPNECT	26
Formulario 6. Registro de Laboratorio Bacteriológico	26
Registro en el SEPNECT Laboratorio	26
Carné del paciente	27
Libro de Seguimiento del caso de tuberculosis	27
Hoja de referencia y Contrarreferencia	28
Registro de Traslado en el SEPNECT	28
Tarjeta de Tratamiento TB-DR	29
Registro en el SEPNECT del Seguimiento del caso de TB DR	29

Consideraciones generales a tener en cuenta para la utilización y llenado de los formularios de TB _____	30
Obtención de datos registrados en el SEPNECT a través del uso de Listas de Post-Procesos _____	30
VII. Estructura operativa del sistema de gestión de datos de tuberculosis, responsabilidades generales y funciones específicas por niveles _____	31
1. Nivel local _____	32
Funciones específicas _____	33
Laboratorio del nivel local _____	34
Funciones de los Laboratorios Locales _____	34
2. Nivel Distrital _____	34
Funciones específica _____	35
Laboratorio del nivel distrital _____	36
Funciones de los Laboratorios Distritales _____	37
3. Nivel Regional _____	37
Funciones específicas _____	37
Laboratorio del nivel regional _____	38
Funciones de los Laboratorios Regionales _____	38
4. Nivel Nacional _____	39
Funciones específica _____	39
Red Nacional de laboratorio y Laboratorio Central de Salud Pública _____	40
Red Nacional de Laboratorios _____	40
VIII. Procesos del sistema de gestión de datos de tuberculosis _____	43
Proceso de Planeamiento _____	43
Procesos operativos de generación de datos _____	43
IX. Generación y Verificación de datos por nivel de atención _____	46
Proceso de Generación y Verificación de datos por nivel de atención _____	46
En el nivel local _____	46
En el nivel distrital _____	48
En el nivel regional _____	50
En el nivel nacional _____	51
X. Garantía de la calidad del dato _____	54
Control de calidad preventivo _____	54
Control de calidad correctivo _____	54
Acciones de Supervisión para la verificación y garantía de calidad de datos _____	55

XI. Glosario _____ 56

PARTE 2

Mapas de procesos, formularios de Registro e instructivos y SEPNECT __57

1. Diagrama del Circuito de identificación del SR o caso presuntivo de TB _____	58
Descripción del Procedimiento del Circuito de Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis _____	59
2. Diagrama del Circuito de Información (Registro y Notificación) de Casos de TB Sensible _____	60
Descripción del Procedimiento del Circuito de Información (Registro y Notificación) de Casos de TB _____	61
3. Diagrama del Circuito de Información (Registro y Seguimiento) de Casos de TB Resistente _____	62
Descripción del Procedimiento del Circuito de Información (Registro y Seguimiento) de Casos de TB Resistente _____	63
4. Diagrama del Circuito de Registro y Control de Tratamiento de Casos de TB Sensible y Resistente _____	64
Descripción del Procedimiento de Registro y Control de Tratamiento de casos de TB Sensible _____	65
5. Diagrama de Registro de Referencia de Pacientes con TB _____	67
Descripción del Procedimiento Traslado de personas diagnosticadas con TB ____	68
6. Diagrama de Registro y Control de Contactos _____	70
Descripción del Procedimiento de Registro y control de contactos _____	71
7. Diagrama del Circuito de Información del Consolidado de TB en los diferentes niveles de atención _____	72
Descripción del Procedimiento del Circuito de Información del Consolidado de TB en los diferentes niveles de atención _____	73
8. Diagrama del Circuito de Información de Laboratorio en los diferentes niveles de atención _____	74
Descripción del Procedimiento Circuito de Información Laboratorio, según nivel de atención _____	75
9. Diagrama del Circuito de Información de almacenamiento de formularios de TB los diferentes niveles de atención _____	76
Descripción del Procedimiento del Circuito de Información de almacenamiento de formularios de TB los diferentes niveles de atención ____	77

Bibliografía _____ 79

FORMULARIOS DE REGISTRO DEL PNCT _____ 80

Anexo 1 Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis. Formulario 1 _____	81
---	----

Anexo 2 Planillas y Formularios – SR y Sospechosos de TB _____	83
Anexo 3 Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR _____	84
Anexo 4 Ficha de Notificación y Seguimiento del caso de TB. Formulario 2 _____	87
Anexo 5 Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados _____	91
Anexo 6 Informe Mensual de Casos de TB y Control de Tratamiento Formulario 3 _____	92
Anexo 7 Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados – Tratamiento _____	95
Anexo 8 Libro de seguimiento del caso de Tuberculosis _____	96
Anexo 9 Tarjeta de Tratamiento TB-DR _____	101
Anexo 10 Carné de paciente _____	107
Anexo 11 Hoja de referencia y contra-referencia _____	108
Anexo 12 Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados – Traslado _____	111
Anexo 13 Formulario de Contactos y Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (TITL) o Quimioprofilaxis. Formulario 4 _____	113
Anexo 14 Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados – Contacto _____	115
Anexo 15 Registro de Laboratorio Bacteriológico. Formulario 6 _____	116
Anexo 16 Planillas y Formularios – Registro de Laboratorio _____	119
Anexo 17 Consolidado de Tuberculosis. Formulario 5 _____	120
Anexo 18 Cuadros y Reportes – Consolidados de TB _____	122
Anexo 19 Cuadros y Reportes – Reportes de Población y Programación _____	122
Anexo 20 Cuadros y Reportes – Reportes Generales de TB _____	122
Anexo 21 Cuadros y Reportes – Listas de Post-Procesos _____	123
Anexo 22 Georreferenciamiento _____	123

Abreviaturas

BK	Baciloscopía
CTV	Consejería y testeo voluntario
DGVS	Dirección General de Vigilancia de la Salud
DIVET	Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles
FAVIA	Farmacovigilancia activa del tratamiento de la tuberculosis resistente en la región de las Américas
FODA	Fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas
LCSP	Laboratorio Central de Salud Pública
M&E	Monitoreo y Evaluación
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
PNCT	Programa Nacional de Tuberculosis
POA	Plan operativo anual
RAM	Reacción adversa a medicamentos
RNL	Red Nacional de Laboratorio
RS	Región Sanitaria
SEPNCT	Sistema Experto del Programa Nacional Control de la TB
SR	Sintomático Respiratorio
SS	Servicio de Salud
TB	Tuberculosis.
TB/VIH	Coinfección TB/VIH
TB-DR	Tuberculosis drogorresistente
TDO	Tratamiento directamente observado
TITL	Tratamiento de la infección tuberculosa latente
UER	Unidad Epidemiológico Regional
USF	Unidad de Salud de la Familia
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Introducción

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) ha establecido la notificación obligatoria de la tuberculosis (TB), por este motivo, se exige contar con un sistema de gestión de datos y con las orientaciones claras acerca de su funcionamiento.

Las mejoras implementadas en la calidad de los datos son de extrema importancia para el del trabajo en las instituciones, y marcan la diferencia entre el éxito y el fracaso.. Existe una relación muy estrecha entre los conceptos de vigilancia en salud pública, el cual es un proceso sistemático, continuo y de comparación, que requiere un soporte indispensable de datos para poder operar y cumplir con los requerimientos de generar información confiable y oportuna, para la toma de decisiones en salud pública, basada en la evidencia

La GUÍA DE GESTIÓN DE DATOS DE TUBERCULOSIS es una herramienta elaborada por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PCNT) para garantizar la gestión de datos de calidad, a través del control y seguridad del Sistema de Reporte de Datos de TB y para dar cumplimiento a las normas y a los lineamientos establecidos por las autoridades del Sistema de Salud Pública de la República del Paraguay, del MSPBS, de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVVS), Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles (DIVET) y el PNCT. Cuenta con aprobación de la actualización a través de una Resolución Ministerial S.G. N°. 633/2021, de fecha 23 de agosto de 2021.

Es un documento de carácter técnico que establece la estructura de gestión de datos en TB, basado en las normas de gestión de los mismos y sobre los procedimientos establecidos para el proceso de generación, circulación, administración, monitoreo y control de calidad de los datos que tienen como punto de inicio los servicios de salud, en sus diferentes niveles, hasta llegar al PNCT, entidad responsable de consolidar (integrar) los datos de nivel nacional para generar informaciones sobre la situación de la tuberculosis, de monitorear el avance de las metas y el resultado de los trabajos, así como remitir la información a las instancias correspondientes, para tomar decisiones pertinentes y adecuadas al contexto real de la situación de la TB en el país.

La presente Guía es de fácil comprensión y utilización, por tanto puede ayudar a los responsables de la generación y reporte de datos a que conozcan y apliquen los procedimientos establecidos y garantizar así la calidad de los datos registrados en diferentes etapas, tales como: la búsqueda activa, la identificación de casos, el tratamiento y la aplicación de las medidas de prevención y mitigación en las comunidades y poblaciones de mayor riesgo de TB, tanto en los servicios de salud público como privado.

La guía contiene dos partes:

Parte I.

Disposiciones generales de gestión de datos en tuberculosis, que incluye:

- I. Propósito de la guía
- II. Objetivos de la guía
- III. Alcance
- IV. Normas de Control y Seguridad del Sistema de Gestión de datos de Tuberculosis
- V. Características que definen la calidad de los datos
- VI. Sistema de Registro.
- VII. Estructura operativa del Sistema de Gestión de Datos de Tuberculosis, responsabilidades generales y funciones específicas por niveles
- VIII. Procesos del Sistema de Gestión de Datos de Tuberculosis
- IX. Generación y verificación de la información.
- X. Garantía de la calidad del dato por Niveles de gestión
- XI. Glosario

Parte II.

Los mapas de procesos y los Formularios de Registro de Datos a ser utilizados en cada servicio y en el SEPNCT.

PARTE 1

Disposiciones generales de gestión de datos de tuberculosis

I. Propósito de la guía

Contribuir a la estandarización de las acciones realizadas en los servicios de salud, públicos y privados, así como en las actividades desarrolladas en la comunidad, para generar informaciones consistentes, confiables, comparables, verificables, oportunas y de calidad, que contribuyan a la vigilancia rigurosa de los procesos implementados para la prevención, atención y control de la TB en Paraguay.

El componente de monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud debe especificar las funciones y las responsabilidades en cada nivel administrativo (nacional, regional, distrital y establecimientos de salud) en lo que respecta a la recopilación, gestión y análisis de datos.

II. Objetivos de la guía

1. Objetivo General

Estandarizar, regular y fortalecer las acciones realizadas en el proceso de generación e integración de datos relacionados a la prevención, tratamiento y control de la TB a nivel nacional, en los servicios de salud públicos y privados, en establecimientos que cuenten con laboratorios para el diagnóstico de la enfermedad y en los servicios comunitarios.

2. Objetivos Específicos

- Proveer instrucción, a cada uno de los actores involucrados, en el registro e integración de datos para la prestación de servicios.
- Contribuir al control de datos con el fin de asegurar la calidad, la consolidación oportuna y el cumplimiento de la normativa vigente.
- Apoyar la digitalización de la información desde los establecimientos de salud utilizando el Sistema Experto del Programa Nacional Control de la TB (SEPNCT).
- Fortalecer la capacidad de análisis de la información en los establecimientos de salud.
- Facilitar el monitoreo de las actividades y sus resultados en los diferentes niveles operativos.

III. Alcance

La **GUÍA DE GESTIÓN DE DATOS EN TUBERCULOSIS**, proporciona las orientaciones precisas para la estandarización de la gestión de los datos de TB generados en todo el país; la implementación de las normas, así como los procedimientos y herramientas estandarizadas permitirán reducir las posibilidades de errores y duplicaciones, además de consolidar los datos procedentes de diversas fuentes dentro de un único sistema de información y almacenamiento de datos.

Con la Guía, se propone la estructura de trabajo que permitirá disponer de datos e informaciones confiables de diversos niveles de servicios de salud, para apreciar mejor el valor y calidad de los mismos, sacar conclusiones y tomar decisiones más eficaces para contribuir al Fin de la TB.

Así mismo, la Guía describe la estructura operativa y las funciones de cada instancia en la que se genera los datos, establece de manera detallada el trabajo que debe realizarse para obtener resultados en cada nivel de servicio y las características que deben tener dichos resultados.

El sistema de gestión de datos en TB, es aplicable a todos los servicios de salud tanto públicos como privados que participan en la atención de pacientes, ya sea a nivel local y distrital

Las mejoras en el sistema de información de los datos de TB, depende por tanto de que los encargados de cada servicio, según nivel, asuman con responsabilidad y compromiso la tarea que le corresponde en este proceso.

IV. Normas de control y seguridad del Sistema de Gestión de Datos de Tuberculosis

1. El control y la seguridad en el manejo de datos consiste en un mecanismo organizado, orientado a dejar constancia de las actividades realizadas para: recolectar, sistematizar, analizar y reportar los datos generados en la gestión de TB en cada nivel de servicio, con el objeto de obtener información actualizada que permita la toma de decisiones en los niveles organizacionales del sistema de vigilancia epidemiológica del país y en las políticas de salud pública que inciden en la gestión de la TB.
2. El sistema de control y seguridad de datos de TB está constituido por cuatro componentes; I) la estructura de gestión de los datos, que incluye a los diferentes niveles de servicios de salud responsables de registrar, consolidar y reportar datos de TB, hasta el nivel central o PNCT.; II) los formularios estandarizados de registro, la carga en el SEPNCT, la consolidación y reporte de datos; III) el mapa de procesos que se debe seguir para el registro y reporte de datos y; IV) el instructivo para el llenado de los formularios de registro.
3. La calidad de los datos está en relación directa con la eficacia en la búsqueda de los casos, por tanto el personal de salud que atiende a pacientes es responsable directo de que el servicio encuentre los casos esperados de TB, según su programación y de que alcancen sus metas, por región sanitaria, definidas en consenso con el PNCT.
4. El registro de datos se deberá realizar en forma completa y oportuna (Control preventivo), desde el momento en que se brinda la atención al caso presuntivo de TB o caso de TB, a través de los medios convencionales (Formularios de Registros Impresos) y en el SEPNCT, hasta tener resultado de tratamiento de los casos de TB; se debe incluir además la investigación de contactos y la administración de tratamiento de la infección tuberculosa latente (TITL).
5. El reporte de datos integrados se realizará en forma mensual en los diferentes servicios del sistema de salud, sean públicos o privados, y según nivel de complejidad y responsabilidad; los mismos deberán llevar la firma y sello del responsable de la dirección de los servicios o responsable de TB. Los formularios de registro que forman parte del sistema de gestión de datos, así como la carga de datos en el SEPNCT según nivel del servicio, son de uso obligatorio por los prestadores de servicios, quienes deberán utilizarlos según las orientaciones establecidas en esta guía.

Periodo de informe a través de formularios de registros impresos será del 1 al 30 o 31 de cada mes.

Enero	1	al	31
Febrero	1	al	28 o 29
Marzo	1	al	31
Abril	1	al	30
Mayo	1	al	31
Junio	1	al	30
Julio	1	al	31
Agosto	1	al	31
Septiembre	1	al	30
Octubre	1	al	31
Noviembre	1	al	30
Diciembre	1	al	31

6. El informe mensual por medio de formularios de registros impresos o en formato papel y a través del SEPNCT, sobre los resultados de las acciones será realizado de la siguiente forma:

El Nivel Local deberá registrar y analizar la información según corresponda y entregar del 1 al 5 de cada mes al nivel distrital.

El Nivel Distrital deberá registrar, integrar, controlar, analizar la información según corresponda y entregar del 6 al 10 de cada mes al nivel regional.

El Nivel Regional (Coordinación Regional de TB) deberá integrar, controlar, analizar la información y entregar del 11 al 20 de cada mes al nivel nacional.

7. Los formularios de formularios de registro impresos deberán mantenerse en resguardo en el servicio donde fueron generados, por un periodo de diez años como establece el MSPBS, independientemente de si se trata de informes en papel o electrónicos y deberán estar a disposición de los funcionarios/as del MSPBS y otras personas que así lo requieran.
8. Todas las instancias involucradas en el proceso de generación, recolección y control de datos deberán actualizar los formularios de registro impresos y el SEPNCT, así como toda la documentación de apoyo cada vez que el PNCT así lo instruya.
9. El control de los datos reportados deberá realizarse sobre la cantidad y calidad de la información registrada en los diferentes formularios (Control correctivo) y en el SEPNCT, de conformidad al orden cronológico que supone la búsqueda e identificación de casos, el diagnóstico, el tratamiento, seguimiento, resultado de

tratamiento, Control de Contactos y Tratamiento Infección de la tuberculosis latente (TITL), según las funciones que le corresponde a cada nivel.

10. **El nivel local** es el responsable de generar y reportar los datos íntegros y de calidad (control preventivo), en formato papel y a través del SEPNCT. Deberá conservar una copia de todos los formularios de registros impresos, que respaldan los informes enviados a nivel distrital; éstas copias deben tener un registro de y las fechas de emisión y recepción del nivel superior (firma y sello), con el objetivo de mantener la constancia de los formularios entregados, lo que permite la trazabilidad de los datos y constancia de la entrega de los formularios impresos en tiempo y forma.
11. **El nivel distrital** es responsable de generar datos íntegros y de calidad (control preventivo), y reportarlos a través de los formularios de registros impresos o en formato papel y a través del SEPNCT. También es el responsable de la verificación y consolidación de datos del nivel local (control correctivo). Esta verificación debe realizarse en ambos formatos: formularios (formularios de registro en papel) y digital (SEPNCT). Deberá conservar todos los registros que respaldan los informes recibidos del nivel local y enviados a nivel regional con las fechas de emisión y recepción, de manera a facilitar el monitoreo de la oportunidad y accesibilidad a los datos producidos.
12. **El nivel regional** responsable de la integración y verificación de datos (control correctivo). Esta verificación debe realizarse en ambos formatos: formularios (formularios de registro en papel) y digital (SEPNCT) Deberá conservar todos los registros que respaldan los informes y las fechas en las que efectuó la recepción así como la totalidad de los mismos, con el objetivo de mantener la constancia de los datos recibidos y facilitar el monitoreo continuo de la calidad, oportunidad y la accesibilidad a los datos producidos.
13. **El nivel nacional** responsable verificación de datos y certificación de la notificación (control correctivo). Esta verificación debe realizarse en ambos formatos: formularios (formularios de registro en papel) y digital (SEPNCT). Deberá conservar todos los registros que respaldan los informes y las fechas en las que efectuó la recepción así como la totalidad de los mismos, con el objetivo de mantener la constancia de los datos recibidos y facilitar el monitoreo continuo de la calidad, oportunidad y la accesibilidad a los datos producidos.
14. La Dirección del PNCT, a través de la sección de Estadísticas, evaluará y notificará la información certificada de todos los servicios de salud, públicos y privados, que atienden pacientes, por medio del SEPNCT, si lo requieren.

V. Características que definen la calidad de los datos

Estándares de calidad de los datos:

Se examinan una serie de variables que definen a los indicadores recogidos rutinariamente en los sistemas de información y se cuantifican problemas de completitud, oportunidad, consistencia y precisión para determinar el nivel al que los datos de servicio son válidos.

Las características que deben reunir los datos para que sean considerados de calidad y que son aspectos claves que deben ser controlados son las siguientes:

Disponibilidad

- **Accesibilidad:** acceso a datos, y si los datos pueden hacerse públicos fácilmente o fáciles de adquirir.
- **Oportunidad:** si los datos llegan a tiempo en un periodo de tiempo.

Usabilidad

- **Credibilidad:** Si son auditados y se verifica su exactitud en el contenido. Existe un rango de valores para los datos: conocidos o aceptables.

Confiabilidad

- **Exactitud:** cuando los datos proporcionados son precisos, la representación de datos refleja el estado real de la información de origen y su representación no genera ambigüedades.
- **Consistencia:** cuando una vez procesados los datos coinciden como antes de ser procesados. Son consistentes y verificables durante un tiempo.
- **Integridad:** formato de datos claro, tienen integridad estructural y en contenido.
- **Compleitud:** en caso que una deficiencia de un componente afectara la precisión e integridad de datos y su uso.

Pertinencia

- **Coincidencia:** cuando los datos recogidos no coinciden completamente con el tema, pero presenta cierta relación y están dentro del tema que los usuarios requieren o presenta coincidencias.

Calidad de presentación

- **Legibilidad:** cuando los datos son claros y comprensibles, satisfacen las necesidades del usuario y su descripción, clasificación y contenido son fáciles de entender.

VI. Sistema de Registro

El PNCT cuenta con un sistema de registro físico (Formularios de registros impresos) e informático (SEPNCT) que están abocados a contar con datos estandarizados, precisos y oportunos. El sistema de registro físico es proveído por el PCNT a través de las RS.

Para acceder al sistema informático es necesario contar con: un usuario, contraseña únicos para el personal del servicio de salud o laboratorio y acceso a internet, tener un navegador de internet instalado en el equipo, de preferencia Mozilla Firefox o Google Chrome. Con estos recursos y para acceder al SEPNCT se debe abrir el navegador y en la barra de direcciones colocar la siguiente dirección: **sepnct.mspbs.gov.py**. En la pantalla del navegador se presentará el cuadro de acceso al SEPNCT en donde se solicitará un usuario y una contraseña. Estos datos son proveídos por el Administrador del Sistema¹, previa firma de la carta compromiso de uso del mismo, garantizando además la debida confidencialidad de los datos manejados por el nuevo usuario; y la habilitación por parte del Administrador, para el acceso correspondiente.

A continuación se detallará cada uno de los formularios:

Formulario 1. Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis

Finalidad del formulario: solicitud de bacteriología para Sintomáticos Respiratorios (SR) o caso presuntivo de TB identificado, y controles bacteriológicos de los casos de TB en tratamiento.

Ubicación física: se encuentra físicamente en el servicio de atención al paciente y a cargo del personal de Salud.

Presentación: este formulario se encuentra disponible en cuadruplicado.

Responsable del llenado: su llenado está a cargo del personal de salud involucrado en la identificación del SR o caso presuntivo de TB, así como el que realiza el seguimiento del caso de TB.

Destino y periodicidad de envío: el original, el duplicado y triplicado deben ser remitidos al laboratorio junto con las muestras del paciente. El cuadruplicado quedará en el servicio, para que con la información contenida en este se pueda cargar en el SEPNCT y en el Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR.

El laboratorio registrará los resultados en el original, duplicado y triplicado, este último quedará en el laboratorio. El original y duplicado volverán al servicio con los resultados donde el personal de salud entregará al paciente el duplicado. El original quedará en el servicio con el cuadruplicado. Actualizando el resultado en el SEPNCT.

¹ El Administrador del Sistema es el Jefe del Departamento de Informática del PNCT.

Este formulario no es de notificación obligatoria, pero debe estar actualizado y disponible en el servicio de salud.

Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR

Finalidad del formulario: se utiliza para registrar el SR o caso presuntivo de TB identificado. Cuando el personal de salud capta al sintomático respiratorio (SR) o caso presuntivo de TB no SR a ser examinado, transcribe los datos de la Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis, e inclusive lo hace cuando la persona se niega a realizar el diagnóstico. Los SR y casos presuntivos de TB deben ser ingresados en el módulo correspondiente, en el SEPUNCT.

Ubicación física: se encuentra físicamente en el servicio de salud, con el responsable de TB.

Presentación: libro.

Responsable del llenado: su llenado está a cargo del personal de Salud que identifique SR o caso presuntivo de TB.

Destino y periodicidad de envío: el libro quedará en el servicio de Salud, no es de notificación obligatoria, pero debe estar actualizado y disponible en el servicio de salud.

Registro en el SEPUNCT del SR o Caso Presuntivo de TB

Se realiza de la siguiente manera:

- Ir al menú **PLANILLAS y FORMULARIOS**, dar click en el botón.
- Se despliega un submenú, dar click en **SR y Sospechoso de TB**
- Se mostrará en la pantalla los datos del servicio: Región, Distrito y Establecimiento, que son de carácter obligatorio para el registro del formulario.
- Si el servicio cuenta con datos registrados se irá listando en una tabla, bajo la misma aparece el botón **AGREGAR** el cual nos permitirá ir agregando nuevos formularios, uno por vez.
- Una vez llenado el formulario se da click en el botón **GUARDAR**, allí puede seguir registrándose datos laboratoriales del diagnóstico o hacer click en **VOLVER** para ir a la ventana anterior.
- Estos formularios son editables por el personal de salud, no así el borrado de los mismos, quedando esta función como exclusiva responsabilidad de las secciones de Estadísticas o Informática del PCNT.

Formulario 2. Ficha de Notificación y Seguimiento del Caso de TB

Finalidad del formulario: notificación del caso de TB, inicie o no tratamiento; además del seguimiento de los que inician tratamiento. Los mismos deben ser ingresados en el SEPNCT.

Ubicación física: se encuentra físicamente en el servicio de Salud con el responsable de TB.

Presentación: este formulario se encuentra disponible en duplicado. La primera hoja debe ser notificada hasta el Nivel Nacional y el duplicado (cartulina) queda en el servicio. En caso de tener pacientes trasladados (ingreso), no se notifica, solo se da el seguimiento y se actualiza los datos en el SEPNCT.

Responsable del llenado: su llenado está a cargo del personal de Salud que identifica al caso de TB, y del que realiza el seguimiento del mismo.

Destino y periodicidad de envío: el original (Hoja) se remite en una sola ocasión al PNCT, al identificar al caso de TB y el duplicado (Cartulina) queda en el servicio que identifica el caso en donde registra el seguimiento del mismo.

Es de notificación obligatoria.

Registro en el SEPNCT del Caso de TB

Se realiza de la siguiente manera:

- Ir al menú PLANILLAS y FORMULARIOS, dar click en ese botón.
- Se despliega un submenú, dar click en Casos Nuevos y Retratados
- Se mostrará en la pantalla los datos del servicio, Región, Distrito y Establecimiento, que son de carácter obligatorio para el registro del formulario.
- Si el servicio cuenta con datos registrados los irá listando en una tabla, bajo la misma aparece el botón AGREGAR el cual nos permitirá ir agregando nuevos formularios, uno por vez.
- Una vez llenado el formulario se da click en el botón GUARDAR, allí se puede seguir registrando los datos complementarios, referentes al caso o hacer click en VOLVER para ir a la ventana anterior.
- Estos formularios son editables por el personal de salud, no así el borrado de los mismos, quedando esta función como exclusiva responsabilidad de las secciones de Estadísticas o Informática del PNCT.

Formulario 3. Informe Mensual de Casos de TB y Control de Tratamiento

Finalidad del formulario: notificar todos los casos de TB en seguimiento, inicie o no tratamiento o sea referido; durante todo el ciclo de tratamiento, una vez que hayan sido reportados conjuntamente en el Formulario 2.

Ubicación física: se encuentra físicamente en el servicio de salud que cuenta con casos de TB, con el personal de salud que realiza el seguimiento.

Presentación: cuadruplicado.

Responsable del llenado: su llenado está a cargo del personal de salud que realiza el seguimiento al paciente.

Destino y periodicidad de envío: el original debe ser remitido al PNCT, por cuanto se pondrá especial cuidado en el registro del mismo. El duplicado quedará en el servicio de salud, el triplicado en el Distrito y el cuadruplicado en la RS. Se envía de forma mensual, siempre y cuando se cuente con pacientes en seguimiento, hasta reportar el resultado de tratamiento de los mismos.

Es de notificación mensual obligatoria.

Registro en el SEPNECT del seguimiento del tratamiento del Caso de TB

Se realiza de la siguiente manera:

- Mensualmente, en la ficha del caso de TB se van registrando los datos concernientes al seguimiento del tratamiento. Para ello se debe ir al menú **PLANILLAS y FORMULARIOS**, dar click en el botón. Se despliega un submenú, dar click en **Casos Nuevos y Retratados**, se mostrará en la pantalla los datos del servicio, Región, Distrito y Establecimiento, que son de carácter obligatorio para el registro del formulario. Si el servicio cuenta con datos registrados los irá listando en una tabla con los casos, a lado de cada caso aparece el botón **Editar**.
- Dentro de cada ficha en la parte final del formulario aparece el botón **TRATAMIENTO**, donde se debe registrar los datos referentes al seguimiento, como ser las fases y medicamentos, tiempo de tratamiento, el TDO, los controles, las reacciones a medicamentos (RAM), entre otras informaciones relacionadas al caso de TB.
- Una vez llenado el formulario se da click en el botón **GUARDAR**, allí puede seguir registrándose los datos complementarios referentes al caso, o hacer click en **VOLVER** para ir a la ventana anterior.

- Estos formularios pueden ser editables por el personal de salud, no así el borrado de los mismos, quedando esta función como exclusiva responsabilidad de las secciones de Estadísticas o Informática del PNCT.

Formulario 4. Formulario de Contactos y Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (TITL) o Quimioprofilaxis

Finalidad del formulario: registrar los contactos de pacientes con TB y/o TITL (quimioprofilaxis).

Ubicación física: se encuentra físicamente en el servicio a cargo del personal de salud.

Presentación: cuadruplicado.

Responsable del llenado: su llenado está a cargo del personal de Salud que investiga los contactos de los casos de TB y/ o es responsable del seguimiento del TITL.

Destino y periodicidad de envío: el original debe ser remitido al PNCT, por cuanto se pondrá especial cuidado en el registro del mismo. El duplicado quedará en el servicio de salud, el triplicado en el Distrito y el cuadruplicado en la RS. Se envía de forma mensual, siempre y cuando se cuente con contactos investigados y/o TITL.

Es de notificación obligatoria.

Registro en el SEPNECT de Contactos y TITL

La carga de este Formulario dentro del SEPNECT, cuenta con dos partes:

1. Por un lado los CONTACTOS de TB, realicen o no TITL, que se registran de la siguiente manera:

Ir al menú **PLANILLAS y FORMULARIOS**, dar click en el botón.

- Se despliega un submenú, dar click en **Casos Nuevos y Retratados**
- Se mostrará en la pantalla los datos del servicio de salud, Región, Distrito y Establecimiento, que son de carácter obligatorio para el registro del formulario.
- Si el servicio cuenta con datos registrados, los irá listando en una tabla con los casos, a lado de cada caso, aparece el botón **Editar**. Este nos permitirá ir agregando los contactos nuevos o en seguimiento. Para acceder a los mismos, dentro de cada ficha en la parte final del formulario aparece el botón **CONTACTO**
- Una vez llenado el formulario se da click en el botón **GUARDAR**, allí puede seguir registrándose los datos complementarios referentes al caso o hacer click en **VOLVER** para ir a la ventana anterior.

- Estos formularios pueden ser editables por el personal de salud, no así el borrado de los mismos, quedando esta función como exclusiva responsabilidad de las secciones de Estadísticas o Informática del PNCT.
2. Por otro lado, para los pacientes que realizan TITL y **NO SON CONTACTOS** de un paciente con TB, para ello se procede de la siguiente manera:

Ir al menú **PLANILLAS y FORMULARIOS**, dar click en el botón.

- Se despliega un submenú, dar click en **Solo Quimioprofilaxis**
- Se mostrará en la pantalla los datos del servicio: Región, Distrito y Establecimiento, que son de carácter obligatorio para el registro del formulario.
- Si el servicio cuenta con datos registrados se irá listando en una tabla, bajo la misma aparece el botón **AGREGAR** el cual permitirá ir agregando nuevos formularios, uno por vez.
- Una vez llenado el formulario se da click en el botón **GUARDAR**, allí puede seguir registrándose los datos complementarios referentes al caso o hacer click en **VOLVER** para ir a la ventana anterior.
- Estos formularios pueden ser editables por el personal de salud, no así el borrado de los mismos, quedando esta función como exclusiva responsabilidad de las secciones de Estadísticas o Informática del PNCT.

Formulario 5. Consolidado de TB

Finalidad del formulario: registrar los datos cuantitativos del mes que se informa, por indicadores y se completa en cada uno de los niveles de atención, de acuerdo a su estructura.

Ubicación física: se encuentra físicamente en el servicio de Salud con el responsable de TB.

Presentación: triplicado.

Responsable del llenado: su llenado está a cargo del personal de Salud que reporta los datos de TB.

Destino y periodicidad de envío: es de notificación mensual obligatoria mensual, se cuenta o no con SR y/o casos de TB.

El nivel local: se encargará de registrar los datos solicitados por indicadores, del mes que informa. El original debe ser remitido al Distrito, el duplicado y triplicado quedan en el servicio.

El nivel distrital: realizará el consolidado distrital (Por servicios). El original debe ser remitido al PNCT, a través de la Región Sanitaria (RS), el duplicado quedará en la RS y el triplicado quedará en el servicio de salud (Distrito).

El nivel regional: verificará la integridad de los datos de los distritos y servicios de salud con el SEPNCT.

Consolidado dentro del SEPNCT

El sistema emite un consolidado, en cualquiera de los niveles, accediendo al menú **CUADROS y REPORTES**, y seleccionando de este, el submenú desplegado **Población y Programación**.

En la pantalla presentada, es obligatorio ingresar el año del cual se desea obtener la información y presionar el botón **Emitir Reporte** para ver los datos. Según los datos que vaya completando traerá información de los mismos: Nivel Regional (eligiendo una región específica), Nivel Distrital (se le agrega distrito), Nivel Local (se agrega establecimiento) y Nivel País (si solo es agregado el año sin los demás datos).

El mismo es generado de manera automática en el SEPNCT cuando se carga los Formularios 1, 2 y 4.

Formulario 6. Registro de Laboratorio Bacteriológico

Finalidad del formulario: sirve para registrar los resultados bacteriológicos de las muestras analizadas en el laboratorio, sea para diagnóstico o control de tratamiento.

Responsable del llenado: es llenado por el personal de laboratorio que procese las muestras.

Ubicación física: se encuentra físicamente en el laboratorio a cargo del personal de salud que realice el procedimiento.

Presentación: cuadruplicado.

Destino y periodicidad de envío: el original y duplicado debe ser remitido al PNCT, el triplicado en la RS y el cuadruplicado en el laboratorio. Se informa mensualmente al nivel correspondiente. El mismo se debe de registrar en el SEPNCT

Es de notificación mensual obligatoria.

Registro en el SEPNCT Laboratorio

La carga de los registros laboratoriales dentro del SEPNCT se realiza de la siguiente manera:

Se ingresa al menú **PLANILLAS y FORMULARIOS**, click en el botón.

Se despliega un submenú, click en **Registro de Laboratorio**.

Se mostrará en la pantalla los datos del servicio, Región, Distrito y Establecimiento, que son de carácter obligatorio para el registro del formulario.

Si el servicio cuenta con datos registrados se irá listando en una tabla, bajo la misma aparece el botón **AGREGAR** el cual nos permitirá ir agregando nuevos formularios, uno por vez.

Una vez llenado el formulario, click en el botón **GUARDAR**, allí puede seguir registrándose los datos complementarios referentes al caso o hacer click en **VOLVER** para ir a la ventana anterior.

Estos formularios pueden ser editables por el personal de salud, no así el borrado de los mismos, quedando esta función como exclusiva responsabilidad de las secciones de Estadísticas o Informática del **PNCT**.

Carné del paciente

Finalidad del formulario: es un documento que se completa cuando el paciente ingresa al tratamiento, para que pueda llevar el control de su tratamiento.

Ubicación física: se encuentra físicamente con el paciente, una vez que el personal de salud haya completado los datos del tratamiento.

Presentación: única copia para el paciente. Cartulina celeste.

Responsable del llenado: su llenado está a cargo del personal de salud que administra el tratamiento al paciente o la persona designada para el mismo.

Destino y periodicidad de envío: es entregado al paciente al inicio del tratamiento. El paciente debe traerlo cada vez que va a la unidad de salud por su tratamiento y control. Debe ser llenado en forma diaria por el que administra el medicamento o en caso de no ser tratamiento directamente observado (TDO) por el paciente o familiar.

No es notificación.

Registro en el SEPNECT: No Aplica.

Libro de Seguimiento del caso de tuberculosis

Finalidad del formulario: es una herramienta que permite el registro de todas las personas diagnosticadas con TB y facilita su seguimiento hasta la finalización del tratamiento. Todas las personas con TB (todas las formas) deberán ser registrados en este libro, inicie o no tratamiento. También deben ser registrados aquellas personas diagnosticadas con TB en el servicio y que hayan sido transferidos (Entrada y salida).

Ubicación física: se encuentra físicamente en el servicio de salud, con el responsable de TB.

Presentación: libro.

Responsable del llenado: su llenado está a cargo del personal de salud que realiza el seguimiento a la persona con TB.

Destino y periodicidad de envío: el libro queda en el servicio. Debe ser actualizado cada vez que identifique a una persona con TB y para seguimiento hasta obtener un resultado de tratamiento.

No es notificación.

Registro en el SEPNCT: ver ítem Formulario 2 y/o 3

Hoja de referencia y Contrarreferencia

Finalidad del formulario: este formulario sirve para transferir un paciente desde una unidad de salud hasta otra para iniciar o continuar tratamiento y comunicar que el paciente llegó al servicio de salud.

Ubicación física: este formulario se encuentra en el servicio de salud a cargo del personal de salud.

Presentación: triplicado.

Responsable del llenado: su primera sección es llenada por el personal de salud de la unidad de origen, mientras que la segunda sección es llenada por la unidad receptora cuando el paciente se presenta al tratamiento (Contrarreferencia).

Destino y periodicidad de envío: el original y duplicado debe ser remitido al servicio donde es referido el paciente, este documento llevará el paciente para ser entregado al personal de salud responsable del seguimiento en la unidad receptora (original y duplicado), por cuanto se pondrá especial cuidado en el registro del mismo. Cuando el paciente se presenta al tratamiento, se llena la segunda parte y se remite a la unidad de origen (contrarreferencia). El servicio emisor enviará el triplicado al distrito y este a la RS donde quedará. El original llegará al PNCT. Al finalizar el tratamiento la unidad receptora debe informar a la unidad de origen los resultados del tratamiento por vía telefónica.

Es de notificación mensual obligatoria, cuando hay casos referidos.

Registro de Traslado en el SEPNCT

Para este procedimiento

- Ir al menú, dar click en **PLANILLAS y FORMULARIOS**. Se despliega un submenú, click en **Casos Nuevos y Retratados**. Se mostrará en la pantalla los datos del servicio, Región, Distrito y Establecimiento, que son de carácter obligatorio para el

registro del formulario. Si el servicio cuenta con datos registrados los irá listando en una tabla con los casos, a lado de cada caso aparece el botón **Editar**

- Se selecciona Traslado-Salida, aquí aparece al lado el botón **TRASLADAR**, hacer click en el.

El sistema mostrará el formulario de referencia y contrarreferencia el cual deberá ser llenado para registrar el evento. Una vez confirmado por el sistema que el registro fue guardado correctamente, el paciente en ese servicio queda como persona con TB trasladada y ya no es posible modificar los datos.

Mientras tanto el sistema genera una copia de su ficha, incluyendo diagnósticos, tratamiento y contactos, y los genera en el servicio donde fue referido, quedando el número de orden en 0 y en color rojo en el listado de personas con TB del nuevo servicio, indicando así que esta persona con TB fue referida desde otro servicio y debe ser aceptada.

Una vez que se presente en el servicio de salud al cual fue transferida, se generará un nuevo número de orden y volverá al color preestablecido. En caso que la persona diagnosticada con TB no acuda al servicio de salud o no se encuentre en la comunidad, se deberá cancelar el traslado o re direccionar el mismo.

Tarjeta de Tratamiento TB-DR

Finalidad del formulario: sirve para registrar a todos los casos de TB DR, con los datos completos del tratamiento de la persona diagnosticada.

Ubicación física: este formulario se encuentra a cargo del personal de salud que administra el tratamiento para TB DR.

Presentación: Única copia. Cartulina rosada.

Responsable del llenado: su llenado está a cargo del personal de salud que administra el tratamiento y además actualiza los datos bacteriológicos de la persona diagnosticada con TB DR, en la ficha.

Destino y periodicidad de envío: la ficha queda en el servicio de salud, el personal de salud debe de actualizar los estudios de seguimiento en la ficha, así como en el SEPNECT y en Farmacovigilancia activa del tratamiento de la tuberculosis resistente en las región de las Américas (FAVIA).

Registro en el SEPNECT del Seguimiento del caso de TB DR

Ver ítem Formulario 2 y/o 3

Consideraciones generales a tener en cuenta para la utilización y llenado de los formularios de TB

1. Debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados.
2. En el llenado de los formularios queda prohibido realizar enmiendas, utilizar corrector en cualquiera de sus presentaciones, esta situación se debe verificar con la aplicación de los controles preventivo y correctivo; en los diferentes niveles del sistema.
3. Es de carácter mandatorio que los formularios del sistema de información se encuentren en el servicio de manera íntegra, queda prohibido seccionar la información dispersándola. Toda la información sobre TB debe estar en el servicio asegurando que el mismo se encuentre completo, resguardado y disponible.
4. Los formularios deben estar archivados de la siguiente manera:
 - Carpetas y/o biblioratos organizados de manera mensual y por número de formulario. Formulario 1 (Solicitud de estudios bacteriológicos), formulario 3 (Informe Mensual de casos), formulario 5 (Consolidado de TB) y formulario 6 (Registro diario de laboratorio, si cuentan con laboratorio en el servicio)
 - Por cada persona diagnosticada con TB, archivar los expedientes clínicos “por pacientes” asegurando que el historial clínico esté completo (debe incluir: la ficha de notificación del caso formulario 2, hoja de consentimiento informado, copia de resultado diagnóstico, formulario 4 de control de contactos y quimioprofilaxis) por cada caso, resguardado y disponible.
5. Verificar la coherencia entre los datos notificados en formato papel y los datos ingresados al SEPNECT.

Obtención de datos registrados en el SEPNECT a través del uso de Listas de Post- Procesos

Los diferentes datos registrados dentro de cada submenú de **PLANILLAS y FORMULARIOS** pueden ser visualizados o descargados por el usuario del sistema de niveles distritales y/o superiores para realizar seguimientos a los servicios generadores de la información, así como análisis epidemiológicos relacionados a la TB.

Para la obtención de estas tablas, el usuario debe acceder al menú **CUADROS Y REPORTES**, allí se encuentra el submenú Listas de Post Procesos. En esta pantalla el sistema requerirá de algunos parámetros para disponer de la información requerida, estos son:

- **Tabla:** se debe seleccionar una de las tablas a ver o descargar, por ejemplo Contactos, SR y Sospechosos de TB, Base de TB Sensible, entre otros.

- **Fecha Desde:** ingresar la fecha desde la cual se quiera obtener los datos.
- **Fecha Hasta:** ingresar la fecha hasta la cual se quiera obtener los datos.
- **Región Sanitaria:** especificar el código de la Región a descargar. Si no se indica el código, el sistema trae información del nivel nacional.
- **Distrito:** especificar el código del Distrito a descargar. Si no se indica el código, el sistema trae información de todos los distritos de la Región seleccionada.
Establecimiento: especificar el código del Establecimiento a descargar. Si no se indica el código, el sistema trae información de todos los servicios del Distrito seleccionado.

Una vez completado los datos se tienen dos opciones para la visualización de los datos: uno es con el botón **Emitir Reporte**, que mostrará los datos en la misma pantalla del navegador y la otra opción es con el botón del logo de **Excel**, esto hará que se descargue un documento con los datos para la posterior visualización en una herramienta de planilla electrónica o el uso de programas estadísticos para la realización de los análisis correspondientes.

VII. Estructura operativa del sistema de gestión de datos de tuberculosis, responsabilidades generales y funciones específicas por niveles

La estructura operativa del Sistema de Gestión de datos está constituida por los siguientes niveles:

1. Nivel Local

2. Nivel Distrital

3. Nivel Regional

4. Nivel Nacional

Responsabilidades Generales y Funciones Específicas por niveles

1. Nivel local

Primer nivel de servicios de atención de pacientes. Primer nivel de integración de datos.

Está constituido por servicios públicos y privados que atienden pacientes y por el laboratorio que generalmente se encuentra en el servicio público. Es importante señalar que en el nivel local, el laboratorio público no siempre está presente. En el nivel local se pueden encontrar diferentes tipos de servicios, entre ellos; las USFs, los Puestos de Salud, los Dispensarios de Salud, los Centros de Salud públicos y los servicios privados de atención a la salud.

En este nivel de servicios, los datos de las personas diagnosticadas con TB se registran en los siguientes formularios y sus equivalentes en el SEPNCT:

Sistema de Registro	SEPNCT
Formulario 1. Solicitud de Estudios Bacteriológicos de TB	Planillas y Formularios - SR y Sospechoso de TB
Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR	Planillas y Formularios: SR y Sospechoso de TB
Formulario 2 Ficha de Notificación y seguimiento del caso de TB	Planillas y Formularios: Casos Nuevos y Retratados
Libro de Seguimiento del Caso de TB	Planillas y Formularios: Casos Nuevos y Retratados – Tratamiento

Formulario 3. Informe mensual de casos de TB	Planillas y Formularios: Casos Nuevos y Retratados – Tratamiento
Carné del paciente	No Aplica
Hoja de referencia y Contrarreferencia	Planillas y Formularios: Casos Nuevos y Retratados – Traslados
Formulario 4. Formulario de Contactos y Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (TITL) o Quimioprofilaxis	Planillas y Formularios: Casos Nuevos y Retratados – Contactos y/o Solo Quimioprofilaxis
Formulario 5. Consolidado de TB	Cuadro y Reporte: Población y Programación
Tarjeta de Tratamiento TB-DR	Planillas y Formularios: Casos Nuevos y Retratados – Tratamiento
Formulario 6. Registro de Laboratorio Bacteriológico	Planillas y Formularios: Registros Laboratorios

Funciones específicas

Es la instancia involucrada directamente en los procesos de identificación de casos, esto implica la captación de SR o casos presuntivos de TB del personal de salud del servicio local, registro de diagnósticos y casos de TB, implementación y control de tratamientos bajo la estrategia Fin de la TB, recopilación, integración, análisis de casos y los indicadores de TB; investigación y seguimiento de contactos; difusión de la información sobre los resultados de las acciones operativas en Tuberculosis desplegadas en los servicios de salud a nivel comunitario.

- a. Programar las acciones a ser efectuadas por la unidad para la identificación de sintomáticos respiratorios en el servicio y en la comunidad.
- b. Completar los formularios adecuadamente (control preventivo), integración de datos e informaciones operativas de búsqueda activa de casos presuntivos en el servicio y la comunidad, solicitudes de diagnósticos, recepción y registros de los resultados, registros y seguimiento de las personas con TB, resúmenes sobre tratamientos impartidos, resultados de tratamiento de los mismos, control y seguimiento de contactos.
- c. Gestionar el envío de muestras en condiciones adecuadas al laboratorio de la red.
- d. Programar las acciones a ser efectuadas por la unidad para la evaluación y seguimiento de los contactos en el servicio y en la comunidad.
- e. Cumplir con el calendario de presentación de informes certificados y firmados por el responsable de la unidad, y según normas de calidad y seguridad de registro de datos.

- f. Analizar mensualmente, el cumplimiento de su programación.
- g. Registrar y hacer el seguimiento de los traslados efectuados y recibidos, informando al remitente la captura y registro del caso de TB.
- h. Implementación de reuniones de autoevaluación conjuntas con el nivel distrital para el seguimiento del cumplimiento de las metas programáticas y la evaluación de resultados de los indicadores de la Programación Anual de TB.
- i. Registro en el SEPNCT y actualización del mismo.
- j. Actividades de promoción y prevención de la Tuberculosis.
- k. Solicitud de medicamentos, insumos (Formularios, leche, etc.), materiales educativos (rotafolios, afiches, etc.) en los formularios correspondientes.

Laboratorio del nivel local

Facilita a los servicios de salud la obtención de diagnósticos confiables y oportunos de Tuberculosis, así como los controles bacteriológicos, según corresponda, para asegurar el éxito de tratamiento.

Funciones de los Laboratorios Locales

- a. Realizar el extendido, fijación y observación de las láminas.
- b. Registrar los resultados de la baciloscopía en los formularios 1,
- c. Completar el Formularios 6 adecuadamente (control preventivo) y en el SEPNCT. Remitirlos a las instancias correspondientes suficientemente certificados y firmados por los responsables.
- d. Remitir láminas procesadas para control de calidad, en coordinación con el Laboratorio Central, según normas.
- e. Gestionar y enviar muestras a otros laboratorios en caso de no contar con el examen solicitado.
- f. Planificar y gestionar los pedidos de insumos al nivel regional y/o red de laboratorio.
- g. Realizar un análisis mensual y anual de los indicadores y enviar al nivel regional.

2. Nivel Distrital

Segundo y tercer nivel de servicios de atención a pacientes y segundo nivel de integración de datos.

Está constituido por servicios públicos de atención a pacientes y de integración de datos. En este nivel, el laboratorio de Tuberculosis generalmente se encuentra en el servicio

público. Entre los servicios públicos a nivel distrital se pueden encontrar: Centros de Salud, Hospitales Distritales, Hospitales Generales, Hospitales Especializados, USF (las que fungen como cabecera distrital) y Hospitales Regionales.

En este nivel de servicio, los datos de las personas diagnosticadas con TB se registran de la siguiente forma:

Formularios y sus equivalentes en el SEPNECT:

Sistema de Registro	SEPNECT
Formulario 1. Solicitud de Estudios Bacteriológicos de TB	Planillas y Formularios: SR y Sospechoso de TB
Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR	Planillas y Formularios: SR y Sospechoso de TB
Formulario 2 Ficha de Notificación y seguimiento del caso de TB	Planillas y Formularios: Casos Nuevos y Retratados
Libro de Seguimiento del Caso de TB (Casos de TB Locales)	Planillas y Formularios: Casos Nuevos y Retratados – Tratamiento
Formulario 3. Informe mensual de casos de TB	Planillas y Formularios: Casos Nuevos y Retratados - Tratamiento
Carné del paciente	No Aplica
Hoja de referencia y Contrarreferencia	Planillas y Formularios: Casos Nuevos y Retratados – Traslados
Formulario 4. Formulario de Contactos y Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (TITL) o Quimioprofilaxis	Planillas y Formularios: Casos Nuevos y Retratados – Contactos y/o Solo Quimioprofilaxis
Formulario 5. Consolidado de TB	Cuadro y Reporte: Población y Programación
Tarjeta de Tratamiento TB-DR	Planillas y Formularios: Casos Nuevos y Retratados - Tratamiento
Formulario 6. Registro de Laboratorio Bacteriológico	Planillas y Formularios: Registros Laboratorios

Funciones específicas

En cuanto a la atención a pacientes:

Cuando el servicio de nivel distrital atiende a pacientes, este tiene las mismas funciones indicadas para el servicio de salud del nivel local, además de las funciones relacionadas al reporte de datos de los casos diagnosticados en ese servicio y la consolidación de datos de los diferentes servicios que se encuentran a su cargo en el Formulario 5.

En cuanto a la consolidación de datos:

El servicio designado en cada distrito como unidad responsable de la Integración de datos, realiza la recopilación, control correctivo, el análisis, difusión sistemática y activa de toda la información generada a nivel distrital sobre la gestión del Programa Distrital de TB, con la finalidad de presentar los inconvenientes que se presenten al nivel regional y orientar las acciones a los servicios de salud pertenecientes al nivel local.

Funciones relacionadas a la consolidación de datos

- a. Verificar, registrar e integrar datos e informaciones operativas de búsqueda activa de casos presuntivos de TB, oportunidad de los diagnósticos, registros, seguimiento de casos de TB y control de contactos (Control correctivo).
- b. Verificar el cumplimiento del flujo correcto de reporte de datos del PNCT, desde las redes locales de control de TB, que permite el control de calendarios de presentación de informes, calidad de la información suministrada y confiabilidad de los datos recibidos.
- c. Elaborar resúmenes estadísticos sobre la gestión del PNCT, supervisión y control programático a nivel de los servicios locales. Seguimiento y envío de pendientes de Consejería y testeo voluntario (CTV), control de Glicemia y controles de tratamiento.
- d. Elaborar resúmenes y enviar registros de casos identificados, diagnosticados, tratados, evaluados, así como altas del sistema por: curación, tratamiento completo, pérdida de seguimiento, traslado, fracaso y fallecimiento.
- e. Realizar el análisis de casos y seguimiento de casos particulares de personas diagnosticadas con TB con TB DR y otras comorbilidades.
- f. Realizar reuniones con el nivel regional para evaluar el cumplimiento de las metas programáticas y resultados de los indicadores de TB.
- g. Actualizar y capacitar al personal de salud sobre el manejo de la Guías Nacionales de TB e informaciones relacionadas con la misma.
- h. Verificación, registro y validación en el SEPNECT, del distrito y de sus servicios locales.
- i. Planificar y gestionar los pedidos de insumos al nivel regional y/o red de laboratorio.

Laboratorio del nivel distrital

Facilita en los servicios de salud la obtención de diagnósticos confiables y oportunos de tuberculosis, así como los controles bacteriológicos, según corresponda, para asegurar el éxito de tratamiento

Funciones de los Laboratorios Distritales

- a. Realizar procedimientos bacteriológicos de acuerdo a los equipos de diagnóstico con los que cuente (baciloscopia, Xpert TB/Rif y/o cultivo)
- b. Registrar los resultados de la baciloscopia y otros estudios bacteriológicos (según corresponda) en los formularios 1, completar el Formularios 6 adecuadamente (control preventivo) y en el SEPNCT. Remitirlos a las instancias correspondientes suficientemente certificados y firmados por los responsables.
- c. Remitir láminas procesadas para control de calidad, en coordinación con el Laboratorio Central según normas.
- d. Gestionar y enviar muestras a otros laboratorios, en caso de no contar con el examen solicitado.
- e. Planificar y gestionar los pedidos de insumos al nivel regional
- f. Realizar un análisis mensual y anual de los indicadores y enviar al nivel regional.

3. Nivel Regional

Tercer Nivel de Integración de Datos.

Está constituido por la Coordinación Regional de TB, responsable de integrar los datos de todos los distritos que se encuentran en su territorio.

Funciones específicas

Facilitar la recopilación, el análisis, la difusión sistemática y activa de toda la información generada a nivel regional sobre la gestión del PNCT, con la finalidad de orientar las acciones de los niveles distritales y realizar recomendaciones al nivel central. Para el efecto, a este nivel se cuenta con la Unidad Epidemiológica Regional (UER) que cumple las funciones relacionadas a la gestión de datos para todos los servicios de las RS.

- a. Recibir, revisar, verificar, validar y solicitar correcciones de los informes mensuales remitidos por los servicios de salud así como la totalidad de los mismos, como en el SEPNCT (control correctivo).
- b. Elaborar informes estadísticos sobre la gestión de los servicios locales y distritales de cada región sanitaria y control programático a nivel distrital.
- c. Realizar el seguimiento del Plan Operativo Anual (POA) y el nivel de cumplimiento de las metas programáticas y la evaluación de resultados de los indicadores con base en la Programación anual de TB por unidades de servicios de salud local y distrital bajo la supervisión de la Región Sanitaria.

- d. Dar seguimiento a los indicadores de resultados sobre metas anuales y realizar el análisis Fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas (FODA) de la región sanitaria, para determinar los factores que limitan la calidad de los servicios necesarios para poblaciones de riesgo de TB.
- e. Verificar y dar seguimiento del flujo correcto de la información, que permita el control del cumplimiento del calendario de presentación de informes, de la calidad de la información suministrada y la confiabilidad de los datos recibidos.
- f. Seguimiento y envío de pendientes de CTV, control de Glicemia y controles de tratamiento.
- g. Dar seguimiento y realizar el control de traslados, pérdidas del seguimiento, pacientes previamente tratados y otros, mediante la revisión y confirmación de los casos a nivel distrital.
- h. Implementar reuniones de evaluaciones conjuntas con el nivel local, distrital central y comunitario que incluya aspectos sobre la calidad del dato.
- i. Planificar y gestionar los pedidos de insumos al nivel nacional.
- j. Facilitar insumos y promover actividades de promoción y prevención de la tuberculosis.
- k. Realizar gestiones a nivel regional para la interacción con otros programas y/o instituciones para el cumplimiento de los indicadores.
- l. Actualizar y capacitar al personal de salud sobre el manejo de la Guías Nacionales de TB e informaciones relacionadas con la misma,

Laboratorio del nivel regional

Facilita el acceso a diagnósticos bacteriológicos confiables y oportunos de TB, así como los controles bacteriológicos, según corresponda, para asegurar el éxito de tratamiento.

Funciones de los Laboratorios Regionales

- a. Validar datos cargados en el SEPNECT de los laboratorios que conforman la Red.
- b. Supervisar y elaborar informes sobre la gestión de los laboratorios de TB que integran la Red regional
- c. Remitir láminas procesadas para control de calidad, en coordinación con el Laboratorio Central, según normas.
- d. Planificar, informar, gestionar y presupuestar, los pedidos de insumos a la red de laboratorio.

- e. Consolidar la información estadística de acuerdo a los indicadores solicitados por el nivel central del PNCT y realizar el análisis mensual y anual de los indicadores.
- f. Actualizar y capacitar al personal del laboratorio sobre el manejo de las Guías de Diagnósticos de TB, técnicas e informaciones relacionadas.

4. Nivel Nacional

Programa Nacional de Tuberculosis (PNCT)

Cuarto y último nivel de integración de datos.

Este nivel está constituido por el PNCT y tiene las funciones de recibir, verificar, aprobar, ajustar, consolidar, supervisar los datos de TB recibidos de todas las RS del país, los que son validados en el SEPACT, a partir del cual se genera información sobre la situación de la TB en los diferentes niveles de atención en salud.

Con base en dicha información, realiza el seguimiento de los resultados en los diferentes niveles de gestión de salud y plantea recomendaciones y estrategias de mejora. Estas informaciones, son remitidas a la Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles (DIVET), Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) y a otros organismos nacionales e internacionales cuando son solicitadas y/o de acuerdo a las fechas establecidas para reportes.

Las informaciones generadas a este nivel, son además de utilidad para realizar el monitoreo y evaluación de los resultados por servicio, por distritos, por RS y a Nivel Nacional, con los cuales el MSPBS puede tomar decisiones y definir estrategias de mejoras en caso de necesidad.

Funciones específicas

- a. Elaboración del POA y seguimiento del cumplimiento del mismo.
- b. Establecer indicadores, en el marco del Plan Estratégico de la Respuesta Nacional de TB
- c. Recepcionar las notificaciones del nivel regional, verificando la calidad de los datos registrados (Control Correctivo).
- d. Analizar los datos recepcionados, elaborar informes y difundirlos.
- e. Retroalimentar a los niveles regionales que notifican, y a los establecimientos en donde las UER/Coordinación Regional de TB, no se encuentren en función, especialmente a los equipos de salud y laboratorios.
- f. Informar a las autoridades correspondientes.
- g. Monitoreo y evaluación de las regiones sanitarias según indicadores.

- h. Realizar el seguimiento y validar datos ingresados al SEPNECT por parte de las Regiones Sanitarias.
- i. Elaborar normativas, instrumentos e indicadores de la Vigilancia de Tuberculosis y Control de Datos y difundirlas a través del Nivel Regional.
- j. Planificar y gestionar los pedidos de insumos.
- k. Facilitar insumos (formularios, dípticos, afiches, manuales, etc.) y actividades de promoción y prevención de la tuberculosis.
- l. Actualizar y capacitar al personal de salud sobre el manejo de la Guías Nacionales de TB e informaciones relacionadas con la misma,

Red Nacional de Laboratorios y Laboratorio Central de Salud Pública

Red Nacional de Laboratorios

La Red Nacional de Laboratorio (RNL) tiene como objetivo establecer una red jerarquizada por niveles resolutivos, equitativos y accesibles de cobertura Nacional, sostenible y racional que garantice servicios de calidad en la atención de pacientes y la vigilancia epidemiológica que garantice diagnósticos confiables y oportunos.

Funciones de la Red de Laboratorios

- a. Asegurar y mantener los servicios de laboratorio en la atención de los pacientes en términos de cobertura, accesibilidad, oportunidad y calidad.
- b. Garantizar la continuidad de los servicios de la RNL durante 24hs, 7 días a la semana y durante todo el año.
- c. Optimizar la infraestructura, los recursos y la tecnología por niveles resolutivos en base a estudios de coste-beneficios y costos-factibilidad.
- d. Operar bajo procedimientos estandarizados, incorporando metodologías validadas en las ofertas de servicios.
- e. Garantizar flujos eficientes de referencia y contra referencia de muestras y resultados.
- f. Participar y mantener un desempeño óptimo en programas de evaluación externa disponibles a nivel nacional e internacional, aplicando y documentando medidas correctivas.
- g. Asegurar la capacitación y actualización continua del personal técnico y administrativo.
- h. Garantizar la seguridad del personal, de la comunidad y del medio ambiente.

- i. Mantener la infraestructura y el equipamiento adecuado para el nivel de competencia y resolución.
- j. Desarrollar capacidades para la identificación, caracterización y notificación de brotes epidemiológicos.
- k. Contribuir al Sistema Nacional de Vigilancia de manera integrada, con información de calidad.
- l. Desarrollar capacidades de investigación aplicada según problemas locales prioritarios y promover la colaboración interinstitucional.

Laboratorio Central de Salud Pública

El Laboratorio Central de Salud Pública es una institución de diagnóstico, referencia e investigación dependiente del MSPBS, que tiene el liderazgo en la vigilancia laboratorial de enfermedades a nivel país, cumpliendo las funciones normativas, reguladoras y de referencia nacional.

Funciones del Laboratorio Central de Salud Pública

- a. Planificar y coordinar a nivel nacional la Red de Laboratorios de TB en conjunto con la Red y el PNCT.
- b. Asegurar el acceso al diagnóstico y seguimiento por estudios bacteriológicos confiables y registrar los datos relacionados al resultado y observaciones.
- c. Realizar control de calidad de las láminas remitidas por la Red de laboratorios y remitir informe de resultados obtenidos por relectura.
- d. Registrar resultados en los formularios correspondientes y en el SEPNECT.
- e. Monitorear, procesar y analizar los datos cargados en el SEPNECT de los laboratorios que conforman la Red Nacional.
- f. Consolidar la información estadística de acuerdo a los indicadores solicitados por el nivel central del PNCT y realizar el análisis mensual y anual de los indicadores.
- g. Supervisar y elaborar informes sobre la gestión y desempeño de los laboratorios de TB que integran la Red Nacional.
- h. Acompañar al PNCT en la Vigilancia Epidemiológica de la TB. 1. Elaborar normativas, instrumentos e indicadores de laboratorio, control de datos y difundirlas a través del Nivel Regional. 1. Actualizar y capacitar al personal del laboratorio sobre el manejo de las Guías de Diagnósticos de TB e informaciones relacionadas.
- i. Realizar control de calidad de las Redes de baciloscopia, cultivo y Genexpert.
- j. Realizar técnicas laboratoriales inherentes a un laboratorio de referencia nacional: PS de fenotípicas genotípicadentificación, innovar e implementar técnicas laboratoriales de vanguardia.

Dirección General de Vigilancia de la Salud - DGVS Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles (DIVET)

La oficina central de la DGVS, a través de la DIVET, son responsables últimos de la estructura y funcionalidad de la vigilancia, junto con el PNCT, que asume la rectoría en el tema específico de Tuberculosis.

Este nivel es el encargado de elaborar las normativas y supervisar su aplicación, de capacitar en forma continua y permanente, monitorear y evaluar los informes producidos por el PNCT. Así mismo solicita al PNCT informes cuando así lo requiere.

Funciones de la Dirección General de Vigilancia de la Salud - DGVS. Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles (DIVET)

- a.** Solicitar y difundir el análisis integrado a las autoridades correspondientes.
- b.** Supervisar las UER en referencia a la vigilancia de la Tuberculosis y la Co-infección TB/VIH.
- c.** Apoyar en la revisión de las normativas, instrumentos e indicadores en forma coordinada con el PNCT.
- d.** Apoyar a elaborar las normativas, instrumentos e indicadores en forma coordinada con el PNCT.
- e.** Apoyar las necesidades de desarrollo de la investigación operativa en base a la información de la notificación.
- f.** Planificar, gestionar y solicitar presupuesto para el desarrollo de las actividades.

VIII. Procesos del sistema de gestión de datos de tuberculosis

Los procesos que alimentan al Sistema de Gestión de Datos en TB hasta llegar al PNCT son:

Proceso de Planeamiento

Es el proceso mediante el cual se generan datos que permiten estimar programación de las metas de PNCT, utilizando la incidencia estimada de TB a nivel nacional y según las regiones, de acuerdo a la población asignada a cada nivel de atención: local, distrital y regional, basados en los indicadores del PNCT.

Esta programación se realiza a principios de año, para los niveles de atención tanto públicos como privados que se encuentren en su jurisdicción, con el apoyo y colaboración del PNCT.

Las estimaciones de casos de TB por el nivel regional, en forma anual generarán información de la gestión, que será fundamental para definir las prioridades de búsqueda, diagnóstico, tratamiento de los casos y control de contactos en el servicio de salud local y conducirá a investigaciones en el campo de la salud y las ciencias sociales, respectivamente.

Los datos generados en esta etapa se registran en el documento denominado:

Nombre	Código
Programación anual de TB de los principales indicadores por servicio y por región sanitaria	No posee

Procesos operativos de generación de datos

Introducen una gran cantidad de datos nominales, cuantitativos y cualitativos en forma estandarizada en los formularios establecidos para el efecto. Este proceso nutre al sistema de información con datos sobre los resultados obtenidos mediante la búsqueda activa o detección de casos presuntivos de TB, diagnósticos, identificación nominal de casos de TB, su condición de ingreso al tratamiento (casos nuevos o previamente tratados) y contactos directos, tratamiento para la infección tuberculosa latente (TITL), tratamientos impartidos conforme a la estrategia Fin a la TB, pérdidas en el seguimiento, traslados, pacientes no evaluados, fallecimientos, drogo-resistencias a medicamentos de primera o segunda línea, y otras informaciones que recaban y retroalimentan la respuesta nacional en la cadena de los servicios de salud públicos y privados.

Los datos recolectados en el nivel local de salud, deben ser analizados y almacenados a nivel local, los registros de notificación obligatoria según las normas del PNCT, serán enviados siguiendo el flujograma de la información.

En el nivel distrital, o regional también se generará información a partir de los formularios de registro impresos recibidos del nivel inmediato a cargo.

Todos los registros deben estar almacenados en cada nivel según corresponda, con el propósito de que sean analizados y a su vez auditables.

Obtención de información estadística y registros a través del SEPNECT

Los datos estadísticos y las tablas de los registros hechos en el SEPNECT, son herramientas que permiten la verificación de la situación de la TB, en comparación a las metas programáticas en todos los niveles, desde el local al nacional.

Estas herramientas están disponibles en 2 menús principales que las aglomeran según el tipo de información buscada.

El primero de ellos es el menú de **Georreferenciamiento**, que permite visualizar la distribución de casos de TB, sintomáticos, entre otros, en un mapa según los criterios de filtrado que se vayan seleccionando.

El segundo menú, es el de **Cuadros y Reportes**, cuenta con una serie de submenús que permiten, según el nivel de acceso del usuario, obtener cuadros, tablas y gráficos de los indicadores estadísticos y registros hechos por cada servicio de salud que reporta información sobre la TB, a través del sistema.

El nivel local tiene acceso a los siguientes componentes de obtención de información dentro del sistema:

- **Georreferenciamiento:** Permite visualizar en el mapa todos los registros realizados por el mismo servicio y realizar filtrados de los mismos, de manera tal a obtener informaciones estadísticas y de distribución geográfica, de los ítems seleccionados.
- **Reportes Generales de TB:** Permite obtener datos estadísticos generales de TB, según el cuadro seleccionado y algunos parámetros ingresados. Estos reportes se pueden obtener en pantalla, en formatos PDF, en formatos XLS (Excel) y en gráficos. Para las personas interesadas en ver los reportes arrojados por el sistema, y que no cuenten con un usuario establecido, el SEPNECT cuenta con un usuario para tal efecto, el usuario es monitoreo y su contraseña 12345.
- **Consolidado de TB:** Emite un resumen de los indicadores de gestión, en comparación a las metas e indicadores, además permite obtener de forma rápida y simplificada los datos en cuanto al tratamiento de los casos de TB del nivel seleccionado.

- **Población y Programación:** Este reporte contiene la misma información que el Formulario 5, tales como: metas mensuales y detecciones/diagnósticos realizados por el nivel seleccionado.

Para el nivel distrital, además de los reportes citados más arriba, tiene acceso a **Listas Post-procesos**. Este menú permite acceder a todos los registros de manera nominal, de los servicios pertenecientes al Distrito.

El tercer nivel, el regional, obtiene información de todos los servicios locales de cada uno de los distritos a su cargo con las herramientas citadas anteriormente, a esto se le suma el submenú de **Capacitación de usuarios**, que permite ver a los usuarios del sistema pertenecientes a la Región Sanitaria.

El nivel nacional tiene acceso a todas las herramientas mencionadas anteriormente, para el análisis de la información desde el nivel local hasta nivel país.

Existen usuarios del nivel nacional, como los que se encuentran en la sección de Estadísticas, Departamento de Informática y otros; que cuentan con la posibilidad de ver quién es el usuario responsable del registro de la información usando el submenú **Bitácora de Auditoría**.

IX. Generación y verificación de la información

Como fue mencionado previamente, la generación del dato se da en el nivel local y/o distrital que atiende al caso presuntivo de TB, caso de TB, contactos o pacientes en TITL; los cuales corresponden al punto de inicio para el flujo de la información, estos son enviados al nivel distrital, regional y nacional según corresponda, previa verificación de los mismos.

En cuanto a la verificación de datos, esto implica una revisión y comparación cuantitativa de los datos reportados, en términos de oportunidad, disponibilidad e información completa, para lo cual se realiza un cruce de lo reportado por los servicios de salud evaluados con otras fuentes (como reportes de laboratorio, inventarios de farmacia, etc.), verificando si los datos han sido correctamente reportados y agregados.

Proceso de Generación y Verificación de datos por nivel de atención

En el nivel local

- El servicio debe registrar los datos de SR o caso presuntivo de TB en el Formulario 1, libro de SR y SEPNCT. Se debe estar pendiente de los resultados de laboratorio reportados en el Formulario 1, Formulario 6 en caso de tener laboratorio en el servicio y/ o en el SEPNCT.
- En caso de diagnosticar a personas con TB, se debe reportar inicio o no tratamiento en el Formulario 2, Formulario 3 y SEPNCT, así también en el libro de seguimiento de casos.
- Verificar y actualizar los resultados de diagnóstico y/o control en los formularios correspondientes (formulario 2, formulario 3, libro de seguimiento y SEPNCT cotejando los mismos con el Formulario 1, Formulario 6 en caso de tener laboratorio en el servicio y/o SEPNCT.
- El personal de salud debe realizar control de contactos e informar en el Formulario 4 y SEPNCT. En caso de tener un SR debe registrar los resultados cotejados con el los resultados del Formulario 1, libro de SR, Formulario 6 en caso de tener laboratorio en el servicio y/o SEPNCT.
- Si tienen pacientes que deben realizar TITL informar en el formulario 4 y SEPNCT,
- Si la persona con TB fue referida, se debe completar el Formulario 2 con los datos reportados en la Hoja de referencia y SEPNCT, en este caso el formulario no es notificado al nivel superior. Solo se reporta en el formulario 3 y se da seguimiento en SEPNCT (tratamiento).

Observación: Las personas diagnosticadas con TB que son referidas, no deben ser registradas en el SEPNCT por el servicio de salud que le recibe, solo por aquel que realizó el diagnóstico del caso.

Una vez finalizado el mes, se debe registrar el conteo de datos requeridos por el Formulario 5, utilizando los formularios 1, libro de SR, Formulario 2 y Formulario 4, todos estos en concordancia con los datos del SEPNCT.

Fecha de entrega de informes: 1 al 5 de cada mes al nivel Distrital

Formularios que se utilizan en el primer nivel de generación de información éste nivel

Notificación obligatoria	Apoyo
Formulario 2. Notificación y seguimiento del caso de TB	Formulario 1. Solicitud de Estudios Bacteriológicos de TB
Formulario 3. Informe mensual de casos de TB	<ul style="list-style-type: none"> • Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR • Carne del paciente • Tarjeta de Tratamiento TB-DR
Formulario 4. Formulario de Contactos y Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (TITL) o Quimioprofilaxis	Libro de Seguimiento del Caso de TB
Formulario 5. Consolidado de TB	
Formulario 6. Registro de Laboratorio Bacteriológico	
Hoja de referencia y contrareferencia	

Control de calidad de datos:

Este componente de control se debe aplicar en todos los niveles del sistema de generación y registro de datos, en los siguientes momentos.

- Revisión de las fuentes primarias (llenado correcto y completo del sistema de registro)
- Cruce de los datos reportados (verificación entre formularios y otras fuentes)
- Verificación de los datos reportados (reconteo de los datos reportados y revisión de la agregación del dato)
- Actualización de datos tras control correctivo del nivel superior.

Control preventivo:

- Los formularios deben ser llenados con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados. Queda prohibido realizar enmiendas y utilizar corrector en cualquiera de sus presentaciones.
- Asegurarse, que los formularios que contienen información similar tanto los de reporte obligatorio y los de apoyo (que no se reportan) contengan la misma información. Ej: Formulario Nro. 1 con Libro de Sintomáticos Respiratorios; o Formulario Nro. 2 con Ficha del paciente y Libro de Seguimiento de casos.
- La información contenida en el SEPNCT, debe coincidir con los formularios del TB.

En el nivel distrital

Cuando el servicio de nivel distrital atiende a pacientes, este tiene las mismas funciones indicadas para el servicio de salud del nivel local, mencionados más arriba, además de lo siguiente:

- Revisión de los reportes impresos y digital del nivel local (verificación de datos y disponibilidad de la información así como la entrega oportuna del mismo)
- Cruce de los datos reportados (verificación entre formularios y otras fuentes del distrito con los servicios locales)
- Envío de retroalimentación del control correctivo al nivel local.

Primer nivel de aplicación del control correctivo

Procesos de Verificación al nivel distrital:

SR

Comparar el número de SR identificados y examinados registrados en el Formulario 5 de sus servicios locales, con el reporte de población y programación, en caso de encontrar discordancia, recurrir al formulario 6 y el SEPNCT (SR y sospechoso de TB y Registro de Laboratorio)

Casos de TB

Corroborar que los formularios 2 y 3 estén correctos y completos al igual que en el SEPNCT (no debe quedar espacios en blanco, los mismos deben ser llenados con guión (-) en caso de la información que deba ir en la fila de las columnas no apliquen al momento de la notificación como ser en los casos de controles de tratamiento, medios diagnósticos, resultado de tratamiento)

Verificar que en la columna “Observaciones” del Formulario 3 se hayan anotado los días de demora entre fecha de diagnóstico e inicio de tratamiento. Ej: dos días de demora.

Se debe revisar datos reportados en el Formulario 6 (en caso de contar con laboratorio de TB en el distrito) y en SEPNCT (registro de laboratorio) buscando diagnósticos positivos que no hayan sido reportados en el Formulario 2.

Comparar los casos de TB notificados en el mes a través de los formularios 2 y 3, con el Formulario 5 y el consolidado del SEPNCT.

Controlar que los casos de TB cuenten con sus controles de bacteriológicos correspondientes (si su diagnóstico es bacteriológicamente confirmado), así como su consejería y testeo voluntario para VIH y control de Glicemia.

Verificar los resultados de tratamiento, toda persona diagnosticada con TB que ingresa al sistema de registro, debe tener un egreso, el cual debe ser registrado en la columna “Alta de Tratamiento” del formulario 3 y SEPNCT.

El/la encargado/a de la cabecera distrital, debe registrar en el Libro de seguimiento de casos de TB para dar seguimiento al mismo y actualizarlo mensualmente según se vayan generando casos en el servicio.

Verificar traslados pendientes de recepción en el SEPNCT, si la persona diagnosticada con TB corresponde al servicio de salud, deberá aceptarlo y reportarlo en el Formulario 3. En caso contrario, deberá informar al servicio que refirió a la persona diagnosticada con TB, a fin de redireccionar el traslado o dar como pérdida de seguimiento.

Control de Contactos y TITL

Verificar que se hayan investigado a los contactos de todos los casos de TB. De acuerdo al número de casos registrados en el Formulario 2 y 3, se verifica el estudio de contactos en el Formulario 4, Formulario 5 y SEPNCT.

En caso de que los contactos sean SR, cotejar si los mismos fueron reportados en el Formulario 1, Formulario 5 y SEPNCT. De igual manera si el contacto resultara un caso de TB, verificar si el mismo es notificado en el formulario 2, formulario 3, formulario 5 y SEPNCT.

Verificar en el formulario 4 cuántos contactos está bajo quimioprofilaxis, entre ellos a los menores de 5 años e inmunodeprimidos a los que se les ha descartado TB e iniciado quimioprofilaxis, de acuerdo a las normas nacionales.

Ajustes realizados: en caso de encontrarse discrepancia, o datos que no han sido agregados en los formularios cotejados, se registrarán con bolígrafo de color diferente al informe (Ejemplo: si el informe está llenado con color de bolígrafo negro las correcciones se harán en bolígrafo azul). No debe ser de color rojo ni verde; con una media firma y la letra “D” para evidenciar que el ajuste se realizó en el nivel distrital.

Retroalimentación y seguimiento: los ajustes realizados a este nivel deben ser comunicados al nivel local para actualizar la información corregida. Al mes siguiente, debe verificarse que el mismo error esté corregido.

En caso de constatar pacientes pendientes de: inicio de tratamiento, CTV, glicemia, controles de BK, resultado de tratamiento, etc. se debe comunicar al servicio para la actualización y/o realización del mismo.

Una vez finalizada la verificación y ajustes de los Formularios recibidos del nivel local, el nivel distrital procede a elaborar el Formulario 5 del distrito incluyendo a sus servicios locales todos estos en concordancia con los datos del SEPNCT.

Fecha de entrega de informes: 6 al 10 de cada mes al nivel Regional.

Formularios que se utilizan en este nivel:

Notificación obligatoria	Apoyo
Formulario 2. Notificación y seguimiento del caso de TB	Formulario 1. Solicitud de Estudios Bacteriológicos de TB
Formulario 3. Informe mensual de casos de TB	<ul style="list-style-type: none"> • Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR • Carne del paciente • Tarjeta de Tratamiento TB-DR
Formulario 4. Formulario de Contactos y Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (TITL) o Quimioprofilaxis	Libro de Seguimiento del Caso de TB
Formulario 5. Consolidado de TB	
Formulario 6. Registro de Laboratorio Bacteriológico	
Hoja de referencia y contrareferencia	

En el nivel regional

- Revisión de los reportes impresos y digital del nivel local (verificación de datos y disponibilidad de la información así como la entrega oportuna del mismo)
- Cruce de los datos reportados (verificación entre formularios y otras fuentes de la región con los servicios locales)
- Envío de retroalimentación del control correctivo al nivel distrital.

Segundo nivel de aplicación del control correctivo: En este nivel se realiza la corrección de la información reportada desde los servicios (formularios 2, 3 y 4) y de los distritos (formulario 2, 3, 4 y 5) con el SEPNCT, registrando las correcciones como lo indica la sección “Ajustes realizados”

SR

- En este ítem se procede de la misma manera que el nivel distrital y en el se incluyen la revisión del Formulario 5 de las cabeceras distritales.

Casos de TB

- Se procederá de igual manera que el nivel distrital para la verificación y corrección de los formularios 2, 3, 5 y 6, teniendo siempre en cuenta los datos del SEPNCT
- Para la verificación de datos de los formularios el encargado regional deberá hacer el seguimiento de los casos a través de la lista de post - proceso (base de TB sensible y/o resistente) del SEPNCT.

Control de Contactos y TITL

- Se procederá de igual manera que el nivel distrital para la verificación y corrección de los formularios 4 y 5 teniendo siempre en cuenta los datos del SEPNCT.
- Para la verificación de datos de los formularios, el encargado regional deberá hacer el seguimiento de los casos a través de la lista de post - proceso (tabla de contactos) del SEPNCT.

Ajustes realizados: en caso de encontrarse discrepancia, o datos que no han sido agregados en los formularios cotejados, se registrarán con bolígrafo de color diferente al informe (Ejemplo: si el informe está llenado con color de bolígrafo negro las correcciones se harán en bolígrafo azul) No debe ser de color rojo ni verde; con una media firma y la letra "R" para evidenciar que el ajuste se realizó en el nivel regional.

Retroalimentación y seguimiento: los ajustes realizados a este nivel deben ser comunicados al nivel distrital y este a su vez al nivel local para actualizar la información corregida. Al mes siguiente, debe verificarse que el mismo error fue corregido.

En caso de constatar pacientes pendientes de: inicio de tratamiento, CTV, glicemia, controles de BK, resultado de tratamiento, etc. se debe comunicar con el servicio para la actualización y/o realización del mismo.

Una vez finalizada la verificación y ajustes de los formularios recibidos del nivel distrital, el nivel regional procede remitir los informes al nivel central.

Fecha de entrega de informes: del 11 al 20 de cada mes al nivel central.

En el nivel nacional

- Revisión de los reportes impresos y digital del nivel local (verificación de datos y disponibilidad de la información así como la entrega oportuna del mismo)

- Cruce de los datos reportados (verificación entre formularios y otras fuentes de la región con los servicios locales)
- Envío de retroalimentación del control correctivo al nivel regional.

Último nivel de Control correctivo

Corresponde al control realizado para la validación de los datos reportados en los formularios y el SEPNCT.

Verificación de los datos

Implica una revisión y comparación cuantitativa y cualitativa de los datos reportados, en términos de oportunidad, disponibilidad e información completa, para lo cual se realiza un cruce de lo reportado por los servicios de salud evaluados con otras fuentes (como reportes de laboratorio, inventarios de farmacia, base de datos, formularios entre sí, etc.), verificando si los datos han sido correctamente reportados y agregados. Además realizan la carga de datos de aquellos servicios que solo enviaron formularios y no cargaron en el SEPNCT.

SR

Los datos reportados en el Formulario 5 son comparados con los datos del SEPNCT (**Cuadros y Reportes**). Para verificar la captación de SR identificados y examinados como casos positivos reportados por el nivel regional, se toma el **Formulario 5** de la RS reportados por los distritos.

Casos de TB

Los casos de TB son reportados por el servicio que diagnostica al nivel nacional en el Formulario 2, sean estos bacteriológicamente confirmados o clínicamente diagnosticados, inicien o no tratamiento, cotejando que los mismos estén en el SEPNCT (casos nuevos y retratados).

En caso que sea bacteriológicamente confirmado, se valida el resultado utilizando el **Formulario 6 y el SEPNCT** (registro de laboratorio)

En cuanto al seguimiento de los casos, se verifica a través del formulario 3, en especial los ítem de control bacteriológico del tratamiento con **Formulario 6 y el SEPNCT** (registro de laboratorio); y resultado de tratamiento (Alta) con el SEPNCT (casos nuevos y retratados)

A través del SEPNCT (lista de post - proceso Registro de laboratorio) y/o Formulario 6 se realiza la búsqueda de los diagnósticos positivos que no estén registrados en el SEPNCT como caso de TB.

Contactos de TB y TITL

De acuerdo al número de casos registrados en el **SEPNCT (Casos nuevos y retratados)** se verifica el estudio de contactos reportados en el **Formulario 4 y SEPNCT**.

En caso que a los contactos se les realice estudios bacteriológicos o sean casos de TB se procederá a la verificación de acuerdo al punto anterior.

X. Garantía de la calidad del dato

La garantía de la calidad es una parte crucial del sistema de información, sobre ella recae la responsabilidad de garantizar que los datos recolectados y procesados son de calidad suficiente para lograr una confiabilidad apropiada para el M&E.

El subsistema de garantía de calidad del PNCT, tiene por objetivo

Verificar la calidad de los datos reportados para diseñar e implementar medidas correctivas que aseguren datos auditables y verificables

El control de la calidad del dato se realiza en dos momentos diferentes

Primero: Durante el mismo proceso de la recolección de datos a nivel local, antes de que los mismos sean reportados al siguiente nivel (control de calidad preventivo).

Segundo: Posterior al proceso de recolección de datos, reportado en los siguientes niveles: Distrital, Regional y Nacional (control de calidad correctivo).

En los niveles Distrital, Regional y Nacional se realizan controles de calidad correctivo, debido a que los datos no son generados en estos niveles, sino que llegan desde los servicios y se verifica que los mismos estén registrados de manera correcta. Si se identifican errores, entonces se aplica el control de calidad correctivo, se deja evidencia y se asegura que esto mismo se realice en el nivel donde se generaron los datos.

Control de calidad preventivo

En el sistema de M&E del PNCT se entiende por control de calidad preventivo a aquel que se realiza en el servicio donde se generan los datos, durante el proceso de recolección de los mismos, antes que ingrese al flujo de información en los niveles distrital, regional y nacional.

El control de calidad preventivo está a cargo del propio recurso humano que se encuentra responsable del reporte de los datos (encargado de TB en el SS)

Control de calidad correctivo

Implica una revisión y comparación cuantitativa y cualitativa de los datos, para lo cual se realiza un cruce de lo reportado por los servicios de salud. Todos los formularios (impresos y dentro del SEPNCT) serán cotejados, en caso de encontrarse discrepancias, o datos que no han sido agregados, se registrarán con bolígrafo de color diferente al informe, no debe ser de color rojo ni verde, con una media firma y la letra “D” en caso del nivel distrital, “R” regional o “N” nacional para evidenciar que nivel realizó el ajuste.

Acciones de Supervisión para la verificación y garantía de calidad de datos

Las acciones de supervisión se realizan de dos formas: a través de las visitas de supervisión a los establecimientos de salud y desde el PNCT.

En la primera modalidad, se planifican las visitas a los servicios de salud en coordinación con los encargados regionales, llegando a todos los distritos del país. Para estas visitas se cuenta con un instrumento de recolección y análisis de datos que se aplica en los servicios supervisados. Se dejan recomendaciones por escrito y posteriormente se elabora un breve informe dirigido a los directores regionales.

Desde el PNCT, se realiza el seguimiento a las acciones previstas en la Programación Operativa Anual (POA) de sus regiones sanitarias, así también a los indicadores de TB a través del SEPNCT, comparándolo con los informes en papel (que parten de los formularios de registro de TB) Este seguimiento también aplica a las recomendaciones elaboradas durante el proceso de supervisión in situ.

Los controles que se realizan para garantizar la calidad de datos desde la supervisión, son:

- Para verificar la adherencia del tratamiento y seguimiento bacteriológico se cruza la información del **Formulario 3 (Informe Mensual)** donde mensualmente se reporta el seguimiento del tratamiento, los controles bacteriológicos y resultados de tratamiento y el reverso del **Formulario 2 (Notificación de Casos de TB)** y **Formulario 6 (Registro de Laboratorio)**
- Para verificar los casos que han sido trasladados, se encuentra la información en el Formulario 3 (Informe Mensual de casos), en la columna “Resultado de tratamiento”. La persona diagnosticada con TB que será trasladada, lleva consigo la Hoja de Referencia y Contrarreferencia, preparado por el servicio de origen.

Verificación de calidad de datos

Se aplica la planilla de verificación de calidad de datos, con la cual se miden las variables de los formularios: 2, 3 y 5

Ajustes en bolígrafo de otro color y devolución de informes

Ajustes realizados: todos los formularios serán cotejados, en caso de encontrarse discrepancias, o datos que no han sido agregados, se registrarán con bolígrafo de color diferente al informe, no debe ser de color rojo ni verde, con una media firma y la letra “N” para evidenciar que el ajuste se realizó en el nivel Nacional.

Asimismo, el monitoreo de los indicadores del programa, relacionados con el comportamiento de la tuberculosis a nivel de país dan las pautas y estrategias necesarias para lograr las metas según las poblaciones.

Las encuestas periódicas y sistemáticas en los servicios de salud y el monitoreo por los técnicos del programa dentro de su plan operativo anual, proveerán la información sobre la calidad de atención prestada a las personas diagnosticadas con TB en los establecimientos de salud.

XI. Glosario

Calidad: conjunto de datos organizados de manera ordenada y útil, puede ser medida por el grado en que se manifiestan una serie de cualidades (precisa, oportuna, integra y significativa)

Carné: Documento que se expide a favor de una persona, con sus datos personales y que la faculta para recibir cierto beneficio.

Datos: Son números que representan las modalidades de las variables.

Evaluación: Es la comparación de los objetivos con los resultados y la descripción de cómo dichos objetivos fueron alcanzados. Una evaluación nos indica qué está funcionando y qué no, qué debemos mantener y qué debemos cambiar. Las evaluaciones constituyen una herramienta para tomar decisiones, pero ellas por sí solas no toman decisiones ni hacen los cambios.

Ficha: Papel, generalmente rectangular y de pequeño tamaño, en que se anotan datos generales.

Formulario: Libro o escrito en que se contienen fórmulas que se han de observar para la petición, expedición o ejecución de algo.

Indicadores: Dato o información que sirve para conocer o valorar las características y la intensidad de un hecho o para determinar su evolución futura.

Información: conjunto de datos.

Instrumento: Escritura, papel o documento con que se justifica o prueba algo.

Metas: Expresión cuantificada del objetivo que se propone alcanzar con un programa, referida a un espacio y a un tiempo dado.

Monitoreo: evalúa la operativización de actividades de manera continuada. Para un monitoreo efectivo se requiere identificar actividades esenciales y realizar un juicio continuo de las mismas. El monitoreo depende de los sistemas de información y de la observación para evaluar las actividades, constituyendo un procedimiento clave para apoyar el logro de objetivos y metas.

Supervisión: La Supervisión evalúa los logros del personal que intervienen en los procesos y la calidad de su trabajo. Determina si el desempeño de cada uno de los miembros del personal concuerda con su descripción de trabajo, identifica las necesidades de capacitación del personal, con el fin de mejorar su desempeño.

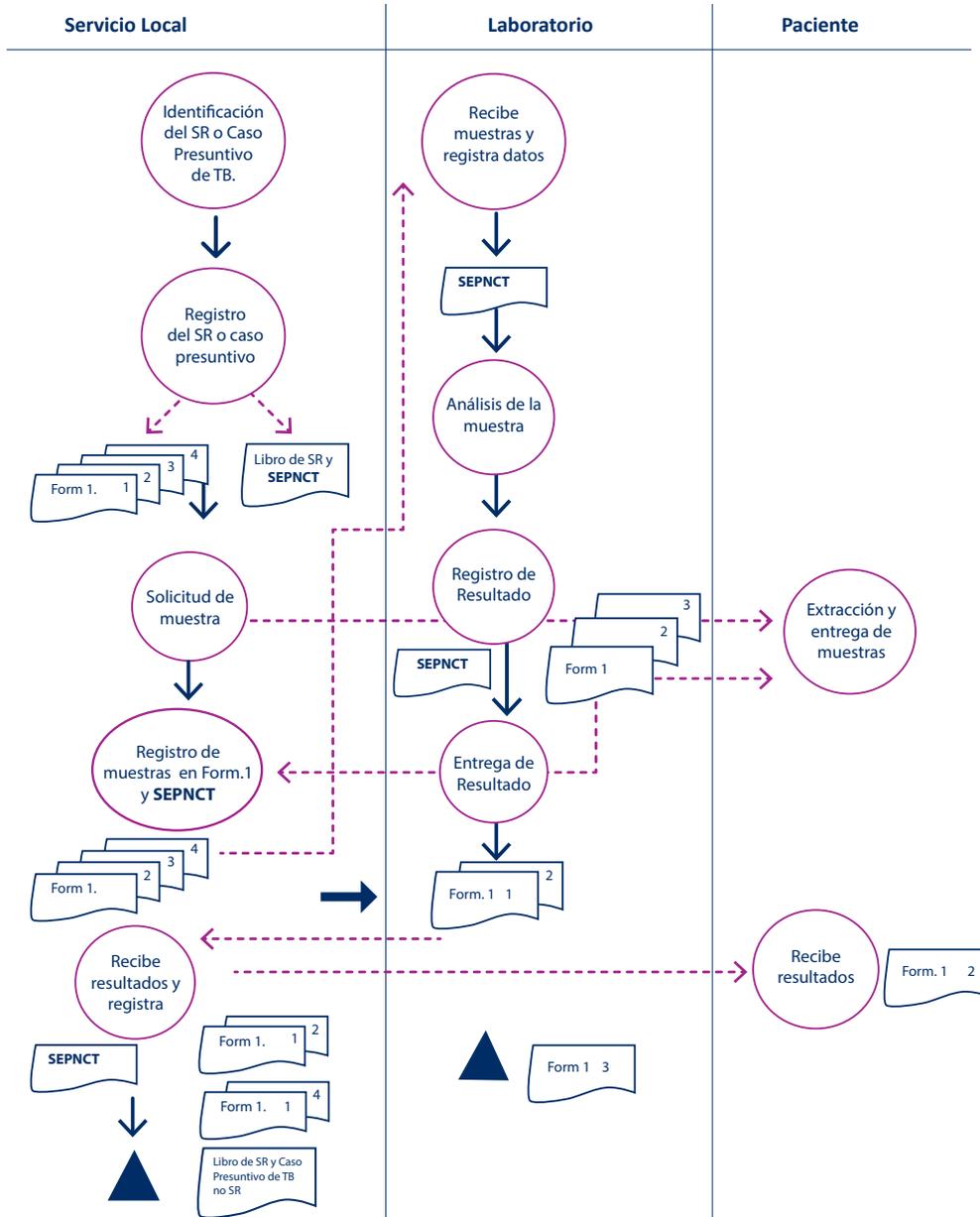
Vigilancia: es la observación prestada a un evento (potencialmente riesgoso o peligroso) con el fin de controlar su evolución y tomar acciones. En el caso de la vigilancia epidemiológica el evento observado corresponde a un evento de importancia en salud pública.

PARTE 2

Mapas de procesos, formularios de Registro e instructivos y SEPNCT

1. Diagrama del Circuito de identificación del SR o caso presuntivo de TB

Diagrama de Bloque	
Proceso	Registro y Control de Calidad de Datos de TB
Circuito	Identificación, registro, notificación y solicitud de laboratorio
Sectores que intervienen: servicios de salud en sus diferentes niveles, laboratorios, pacientes.	Sistema de Registro: <ul style="list-style-type: none"> • Formulario 1, Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR • SEPUNCT



Referencias

- Operación-proceso
- ▭ Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado, 4 cuadruplicado)
- ◆ Opción múltiple: permite dos alternativas
- ▲ Archivo de documentos
- ➔ Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento del Circuito de Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis

1. Identificación del SR o Caso Presuntivo de TB.
2. Registro del SR o Caso Presuntivo de TB en a) en el Formulario 1 (en cuatro copias); b) en el Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR; c) Registro en el SEPNCT: Planillas y Formularios – SR y Sospechosos de TB.
3. Solicitud de dos muestras al paciente. El paciente extrae sus muestras de esputo u otro material y entrega al personal de salud del servicio.
4. Se registran las muestras en Formulario 1.
5. Remite al laboratorio: muestras y Formulario 1 (original, duplicado y el triplicado). El cuadruplicado queda en el servicio.
6. El laboratorio recibe muestras y Formulario 1, realiza los análisis.
7. El laboratorio Registra en Formulario 1 en el original, duplicado y triplicado (sección de resultados). Realiza el cargado del Registro en el SEPNCT: Planillas y Formularios – Registros de Laboratorio.
8. El laboratorio entrega el resultado al servicio, en Formulario 1 (original y duplicado) quedando con el triplicado del Formulario 1.
9. El servicio accede al SEPNCT, en la misma planilla donde cargó el SR o Caso presuntivo de TB y actualiza los resultados, así como también en el Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR.
10. Se entrega resultado al paciente (El resultado del Formulario 1 duplicado)
11. El Servicio archiva Formulario 1 original y el cuadruplicado.
12. El laboratorio archiva el triplicado del Formulario 1.
13. Los datos del SR o caso presuntivo de TB quedan grabados en el SEPNCT: a) Planillas y Formularios – SR y Sospechosos de TB. Y b) Planillas y Formularios – Registros de Laboratorio.

Descripción del Procedimiento del Circuito de Información (Registro y Notificación) de Casos de TB

Paciente

1. Recibe consejería
2. Recibe TDO y Carné de TB

Servicio de salud

1. Orienta al paciente.
2. El servicio de salud registra el caso de TB en el Formulario 2 (en dos copias), libro de seguimiento del caso de TB y también en el carné del paciente. Registra en el SEPNECT: Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados.
3. El servicio suministra TDO y carné del paciente a la persona con TB.
4. Remite al distrito Formulario 2 (original)
5. Archiva Formulario 2 (duplicado de cartulina) y Libro de seguimiento del Caso de TB.

Cabecera Distrital

1. La cabecera distrital recibe Formulario 2 (original)
2. Controla la integridad de los datos de ambos formularios.
3. Registra o valida datos en el SEPNECT. Para ello utiliza: Cuadros y Reportes arrojados por el sistema o accede directamente a los datos del servicio.
4. Remite a la Coordinación de TB Regional el Formulario 2 (original)

Coordinación Regional de TB

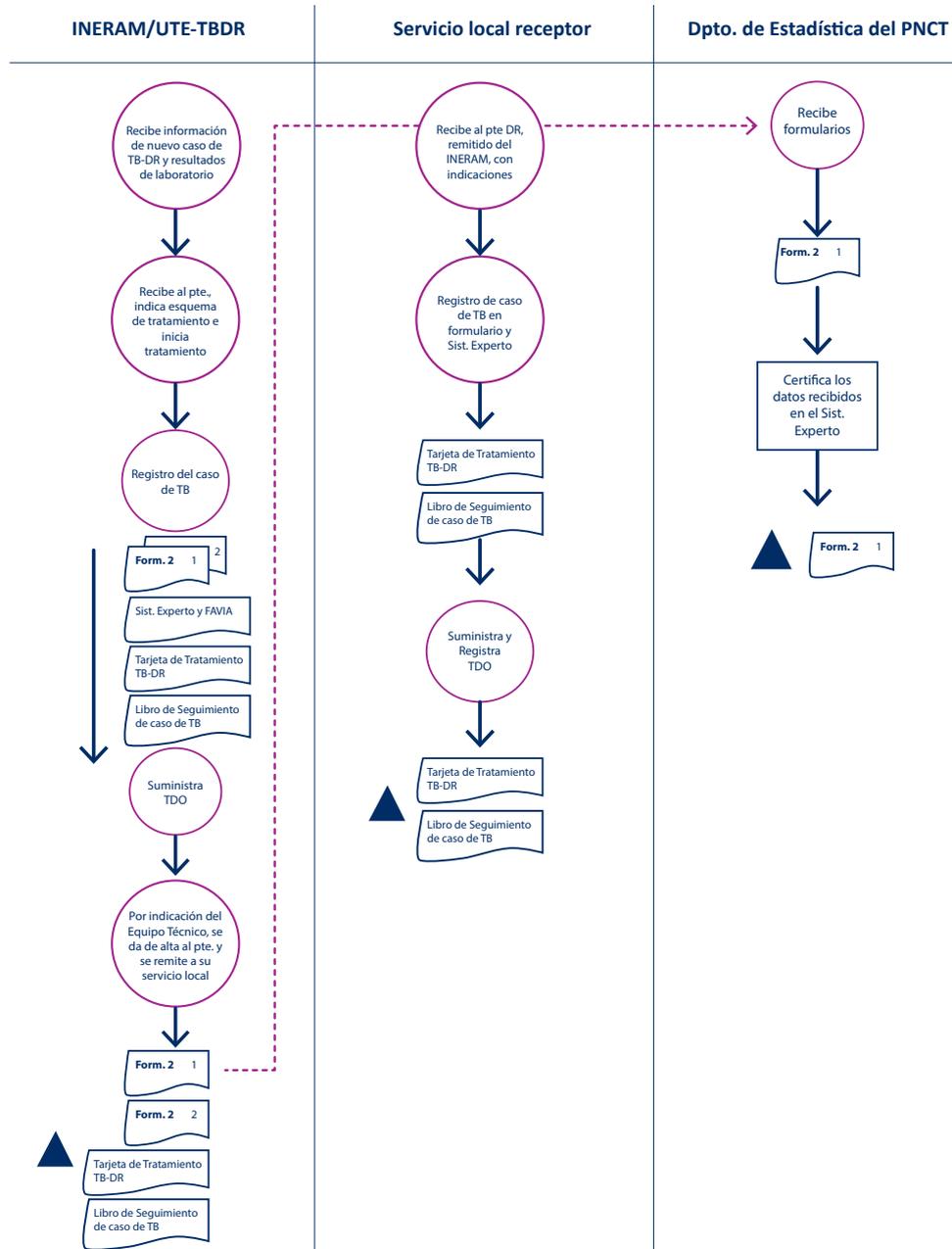
1. Recibe Formulario 2 (original)
2. Controla los datos de los formularios recibidos.
3. Certifica los datos en el SEPNECT. Para ello utiliza: Cuadros y Reportes arrojados por el sistema o accede directamente a los datos del servicio.
4. Remite al Dpto. de Estadísticas del PNCT: Formulario 2 (original)

Dpto. de Estadísticas PNCT

1. Recibe Formulario 2 (original).
2. Certifica y valida los datos en el SEPNECT.
3. Archiva: Formulario 2 (original).

3. Diagrama del Circuito de Información (Registro y Seguimiento) de Casos de TB Resistente

Diagrama de Bloque	
Proceso:	Registro y Control de Calidad de datos de TB
Circuito:	Registro y Seguimiento de Casos de TB Resistente
Sectores que intervienen: Unidad Técnica de TBDR (UTE-TBDR), servicios de salud local, Dpto. de Estadística del PNCT	Documentos: Formulario 2, Tarjeta de Tratamiento TB-DR, Libro de seguimiento de caso de TB. SEPUNCT



Referencias

- Operación-proceso
- Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado, 4 cuadruplicado)
- Archivo de documentos
- Conector de página
- Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento del Circuito de Información (Registro y Seguimiento) de Casos de TB Resistente

Cuando se realiza el diagnóstico de un caso de TB DR a nivel local, este egresa del sistema de registros del servicio como FRACASO (en caso de que haya sido diagnosticado previamente como TB sensible) notificándose el caso en el formulario 3 a los niveles superiores. Se remitirá un informe por escrito del caso a la UTE – TBDR a nivel regional y central para evaluación. Todos los casos evaluados de TB DR deberán ser notificados por la UTE – TBDR en el formulario 2.

Si el caso evaluado amerita internación y manejo en una unidad hospitalaria especializada, debe realizarse la referencia del caso del servicio local en el formulario de referencia-contrareferencia.

INERAM/UTE-TBDR

1. Recibe información de nuevo caso de TB-DR.
2. Recibe al paciente, previa coordinación con el PNCT y el servicio que se encargará posteriormente de la persona con TB; indica esquema de tratamiento e inicia tratamiento.
3. Registro de caso de TB en formulario 2 (Original y duplicado), Tarjeta de Tratamiento TB-DR, Libro de Seguimiento del Caso de TB, FAVIA y SEPNECT: Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados.
4. Suministra TDO.
5. Por indicación del Equipo Técnico, se da de alta a la persona diagnosticada con TB DR y se remite a su servicio local, previa coordinación con la Región Sanitaria.
6. Archiva Formulario 2 duplicado, Tarjeta de Tratamiento TB-DR, Libro de Seguimiento del Caso de TB.

Servicio de salud local

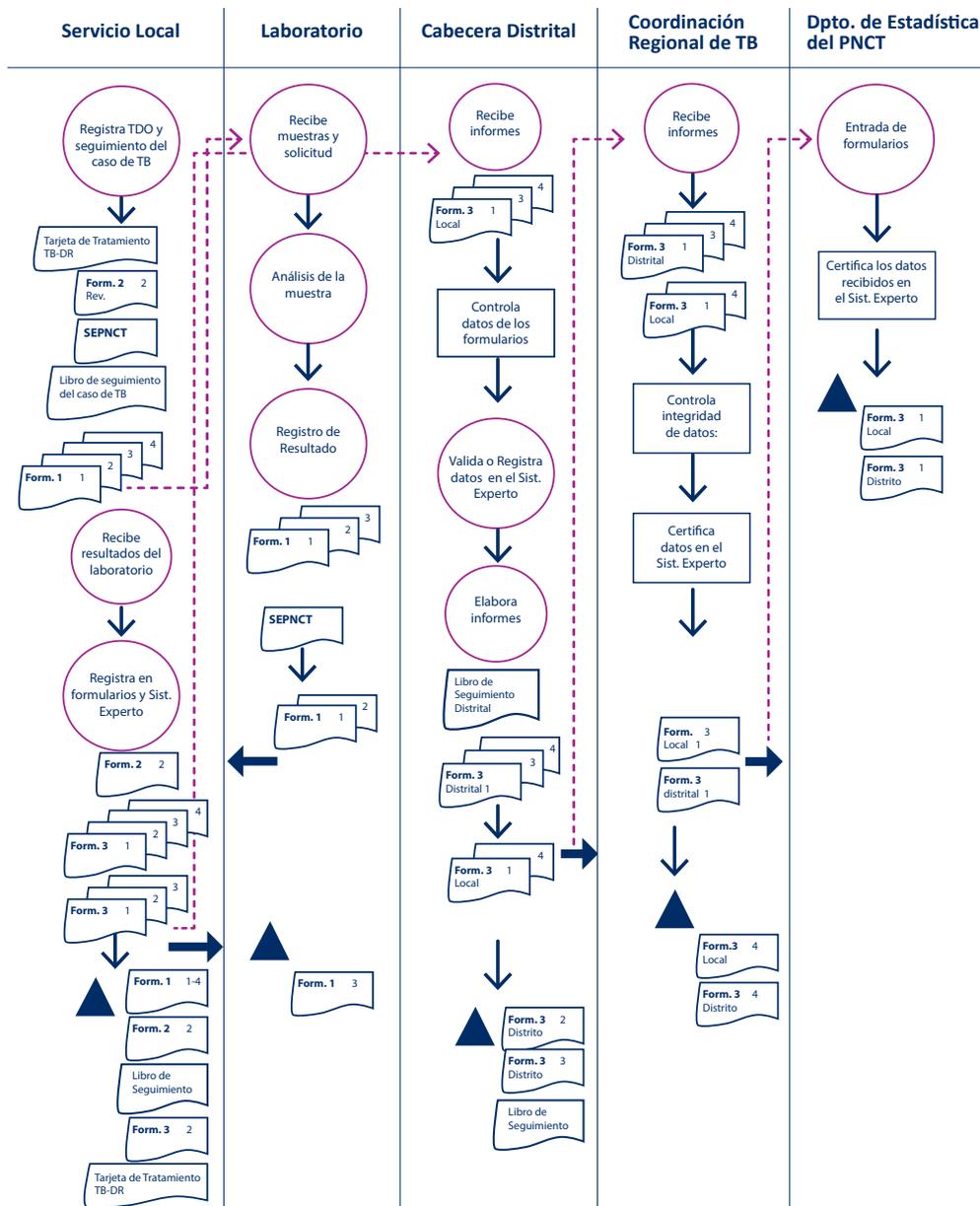
1. Recibe la persona diagnosticada con TB - DR, remitido del INERAM, con indicaciones.
2. El servicio de salud registra el caso de TB, habilita Tarjeta de Tratamiento TB-DR en Tarjeta de Tratamiento TB-DR, Libro de Seguimiento del Caso de TB. Acepta y edita en el SEPNECT: Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados (para dar seguimiento al caso en el SEPNECT) y Favia
3. Suministra TDO.
4. El servicio registra el TDO en Tarjeta de Tratamiento TB-DR.
5. Archiva Tarjeta de Tratamiento TB-DR y Libro de Seguimiento del Caso de TB.

Dpto. de Estadísticas PNCT

1. Recibe Formulario 2 (original).
2. Certifica y Valida los datos en el SEPNECT.
3. Archiva Formulario 2 (original).

4. Diagrama del Circuito de Registro y Control de Tratamiento de Casos de TB Sensible y Resistente

Diagrama de Bloque	
Proceso:	Registro y Control de Calidad de datos de TB
Circuito:	Registro y Control de Tratamiento de Casos de TB Sensible y Resistente
Sectores que intervienen: servicios de salud en sus diferentes niveles, Laboratorio, Cabecera Distrital, Coordinación Regional de TB, Dpto. de Estadística del PNCT	Documentos: Formulario 1, Formulario 2, Libro de seguimiento del caso de TB, Formulario 3, Carné del Paciente, Tarjeta de Tratamiento TB DR, SEPNECT



Referencias

- Operación-proceso
- Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado, 4 cuadruplicado)
- Archivo de documentos
- Conector de página
- Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento de Registro y Control de Tratamiento de casos de TB Sensible y Resistente

Servicio

1. El personal de salud registra la toma diaria del paciente, en el carné que tiene el paciente.
2. El servicio registra el TDO en Formulario 2 (reverso del duplicado de cartulina) o Tarjeta de tratamiento TB DR.
3. Registra seguimiento en el SEPNECT; libro de seguimiento del caso de TB; Formulario 2 y Tarjeta de tratamiento TB DR hasta el egreso de la persona con TB (toma diaria de medicamentos, controles bacteriológicos según corresponda, RAM): Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados- Tratamiento (En el mismo registro que se había habilitado para la persona diagnosticada con TB en su notificación).
4. Toma muestras para control bacteriológico de tratamiento según Guías Nacionales.
5. Redacta la solicitud de análisis de laboratorio en el Formulario 1 (en cuadruplicado).
6. Envía al laboratorio la solicitud en Formulario 1 (original, duplicado y triplicado).

Laboratorio

1. Recibe la solicitud.
2. Analiza las muestras.
3. Registra los resultados en Formulario 1 (original, duplicado y triplicado).
4. Registra en el SEPNECT: Planillas y Formularios – Registros Laboratorio.
5. Remite los resultados en Formulario 1 (original y duplicado) al servicio que solicitó el estudio.
6. Archiva: Formulario 1 (triplicado).

Servicio Local

1. Recibe los resultados.
2. Registra los datos en Formulario 2 (duplicado de cartulina), Formulario 3 (en cuadruplicado); libro de seguimiento de caso de TB; y/o Tarjeta de tratamiento TB DR.
3. Registra datos en el SEPNECT Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados- Tratamiento (En el mismo registro que se había habilitado para la persona diagnosticada con TB en su notificación).
4. Remite a la cabecera distrital: Formulario 3 (original, triplicado y cuadruplicado),
5. Se archiva el Formulario 2 (cartulina), Formulario 3 (duplicado), Libro de Seguimiento del Caso de TB, Formulario 1 (original y cuadruplicado) y/o Tarjeta de tratamiento de TB DR.

Cabecera Distrital

1. Recibe: Formulario 3 (original, triplicado y cuadruplicado), Controla cifras de tratamiento, controles, diagnósticos, altas y observaciones.

2. Valida los datos en el SEPNCT. Para ello utiliza: Cuadros y Reportes- listas de post-proceso. Base de TB sensible arrojados por el sistema o accede directamente a los datos del servicio.
3. Elabora informes: Formulario 3 distrital (en cuadruplicado solo en caso de contar como servicio con tratamiento de pacientes).
4. Registra los datos del distrito en el libro de seguimiento de caso de TB (solo en caso de contar como servicio con tratamiento de pacientes).
5. Registra datos en el SEPNCT Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados-Tratamiento (En el mismo registro que se había habilitado para la persona diagnosticada con TB en su notificación).
6. Remite a la Coordinación Regional de TB: Formulario 3 de servicios locales (original y cuadruplicado), Formulario 3 distrital (original, triplicado y cuadruplicado).
7. Archiva: Formulario 3 distrital (duplicado), Formulario 3 local (triplicado) y Libro de Seguimiento del caso de TB.

Coordinación Regional de TB

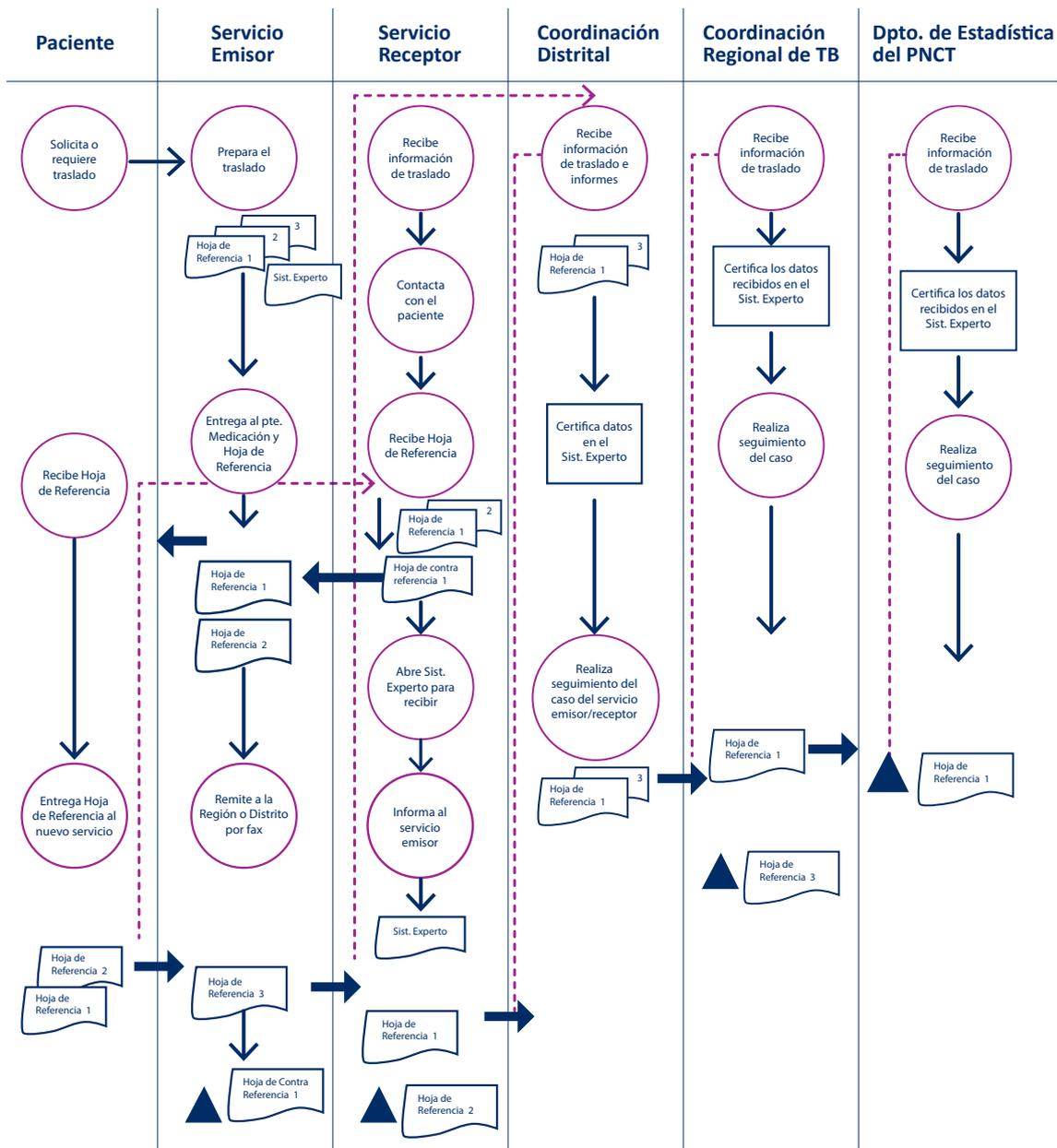
1. Recibe del nivel distrital: Formulario 3 de servicios locales (original y Cuadruplicado), Formulario 3 distrital (original, triplicado y cuadruplicado).
2. Controla los datos de los informes recibidos, de tratamiento, controles, diagnósticos, altas y observaciones.
3. Certifica los datos en el SEPNCT. Para ello utiliza: Cuadros y Reportes - listas de post- proceso. Base de TB sensible arrojados por el sistema o accede directamente a los datos del servicio.
4. Remite al Dpto. de Estadísticas del PNCT: Formulario 3 servicio local (original), Formulario 3 distrital (original)
5. Archiva: Formulario 3 servicio (Cuadruplicado), Formulario 3 distrital (Cuadruplicado)

Departamento de Estadísticas PNCT

1. Recibe de la Región Sanitaria: Formulario 3 servicio (original) y Formulario 3 distrital (original).
2. Certifica y valida los datos enviados y los comprueba con el SEPNCT.
3. Archiva los informes: Formulario 3 servicio (original) y Formulario 3 distrital (original)

5. Diagrama de Registro de Referencia de Pacientes con TB

Diagrama de Bloque	
Proceso:	Registro y Control de Calidad de datos de TB
Circuito:	Registro de Referencia de pacientes con TB
Sectores que intervienen: paciente, servicios local emisor, servicio local receptor, Cabecera Distrital, Coordinación Regional de TB	Documentos: Hoja de Referencia y Contrarreferencia, SEPNCT



Referencias

- Operación-proceso
- 📄 Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado)
- ▲ Archivo de documentos
- ➔ Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento Traslado de personas diagnosticadas con TB

Paciente

1. Solicita o requiere traslado de la unidad donde ha iniciado tratamiento.
2. Recibe su hoja de traslado e indicaciones y medicación
3. Entrega su hoja de referencia (original y duplicado) e indicaciones.

Servicio Emisor

1. El servicio prepara el traslado del paciente. Para ello, redacta la Hoja de referencia (en triplicado)
2. Registro en el SEPNCT: Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados (En el mismo registro que se había habilitado para el paciente en su notificación) En Altas seleccionar el ítem Traslado- Salida, al hacer esto aparece el botón TRASLADAR, hacer click en él para ir a la ficha, llenar todos los datos del Traslado de Pte y los datos del servicio receptor.
3. Entrega al paciente los medicamentos y la Hoja de referencia (original y duplicado)
4. Remite a la región sanitaria y/o distrito la Hoja de Referencia por fax.
5. A fin de mes, remite a la cabecera distrital la Hoja de Referencia (Triplicado)
6. Archiva la contrarreferencia.

Servicio Receptor

1. Recibe información del traslado.
2. Abre el SEPNCT en Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados, donde aparece el caso remitido a su unidad resaltado en rojo el número de orden. Acepta al paciente accediendo a la ficha y grabando la misma.
3. Contacta con el paciente.
4. Recibe la Hoja de Referencia (original y duplicado) que tenía en su poder, el paciente.
5. Informa al servicio emisor que ha recibido al paciente, a través del talón de Contra referencia de la Hoja de Referencia.
6. Remite a la cabecera distrital Hoja de Referencia original.
7. Archiva: Hoja de Referencia (duplicado).

Cabecera Distrital

1. Recibe información de traslado e informes tanto del servicio emisor: Hoja de referencia (triplicado); como del servicio receptor, Hoja de referencia (original).
2. Certifica o registra los datos en el SEPNCT. Para ello utiliza: Cuadros y Reportes-listas de post proceso- Base de TB Sensible o resistente, arrojados por el sistema o accede directamente a los datos del servicio.
3. Realiza seguimiento del caso el servicio emisor/receptor.
4. Remite a la Coordinación Regional de TB la Hoja de Referencia (triplicado y original).

Coordinación Regional de TB

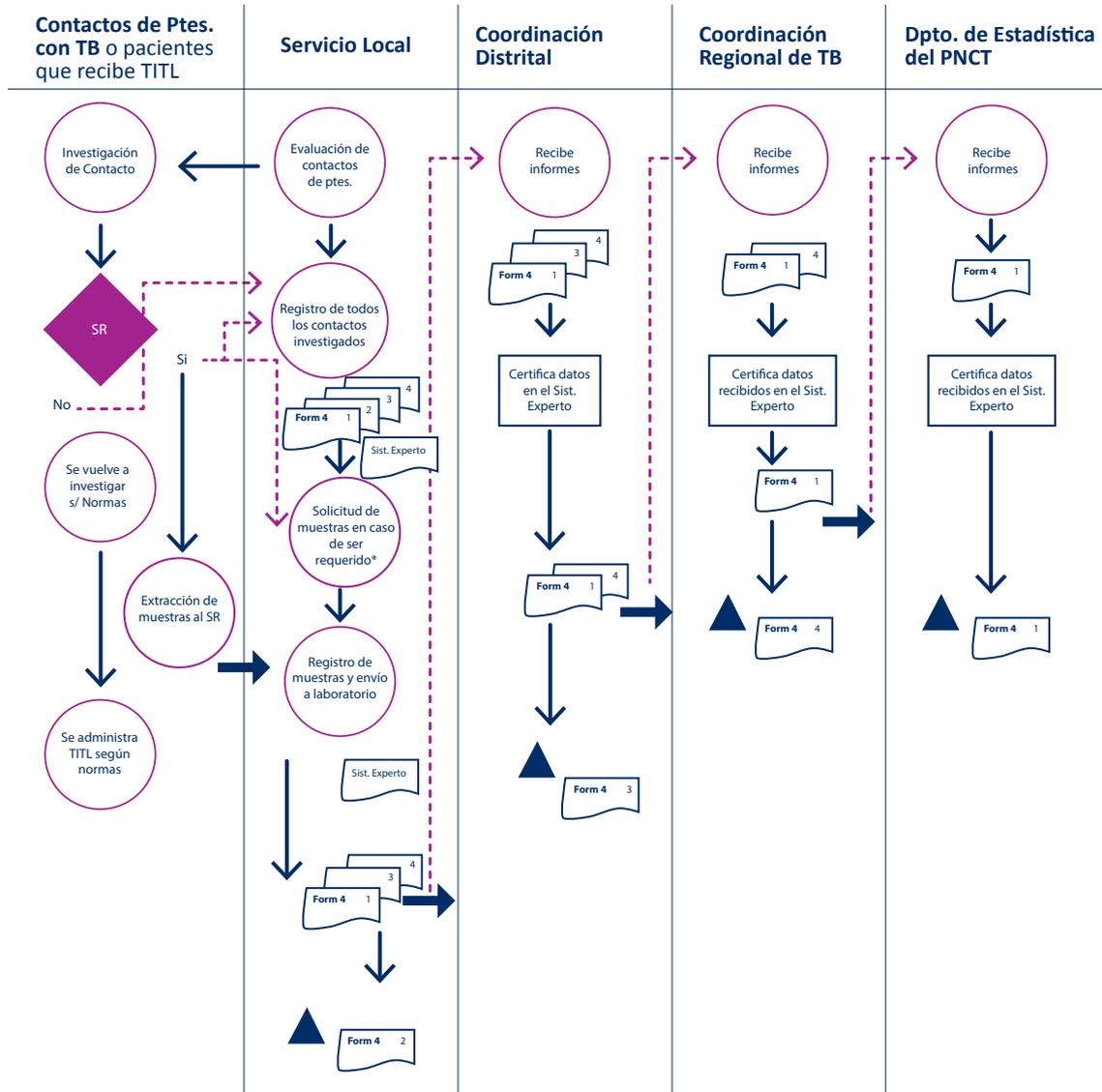
1. Recibe información del traslado y Hoja de Referencia (triplicado y original).
2. Certifica datos en el SEPNCT. Para ello utiliza: Cuadros y Reportes - listas de post proceso- Base de TB Sensible o resistente, arrojados por el sistema o accede directamente a los datos del servicio.
3. Realiza seguimiento del caso.
4. Remite al nivel nacional la Hoja de Referencia (original)
5. Archiva Hoja de Referencia (triplicado)

Nivel Nacional

1. Recibe información del traslado y Hoja de Referencia (original).
2. Certifica datos en el SEPNCT. Para ello utiliza: Cuadros y Reportes - listas de post proceso- Base de TB Sensible o resistente, arrojados por el sistema o accede directamente a los datos del servicio.
3. Archiva Hoja de Referencia (original).

6. Diagrama del Circuito de Registro y Control de Contacto

Diagrama de Bloque	
Proceso:	Registro y Control de Calidad de datos de TB
Circuito:	Registro y Control de Contactos
Sectores que intervienen: contactos de ptes. o pacientes que recibe TITL, servicios de salud en sus diferentes niveles, Cabecera Distrital, Coordinación Regional de TB	Documentos: Formulario 4 y SEPUNCT



(*) En caso de que el contacto sea caso presuntivo de TB, se toma muestras y se sigue el mismo proceso de registro contemplado en la columna "laboratorio" del Diagrama del Circuito de identificación del SR o caso presuntivo de TB no SR.

Referencias

- Operación-proceso
- Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado, 4 cuádruplo)
- Opción múltiple: permite dos alternativas
- Archivo de documentos
- Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento de Registro y control de contactos

Paciente con contacto de un caso con TB y/o paciente con TITL

1. Investigación y evaluación de signos y síntomas relacionados con la TB
2. Entrega de muestras en caso de ser SR o caso presuntivo de TB
3. Recibir TITL según normas

Servicio Local

1. El servicio evalúa a los contactos de los pacientes con TB.
2. Los contactos evaluados por cada caso de TB, son registrados en el Formulario 4, si ninguno es SR, y se vuelve a investigar de acuerdo a las normas.
3. Registrar en el SEPNCT: Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados (En el mismo registro que se había habilitado para la notificación del caso de quien es contacto) Se da click en Contactos.
4. El servicio local, remite Formulario 4 (original, triplicado y cuadruplicado)
5. Archiva Formulario 4 (duplicado)
6. En caso de que el paciente solo reciba TITL se debe registrar en el formulario 4 (en cuadruplicado) y en el SEPNCT planillas y formulario. Solo quimioprofilaxis y seguir el flujo de información.

Cabecera Distrital

1. Recibe informes: Formulario 4 (original, triplicado y cuadruplicado)
2. Certifica o registra los datos en el SEPNCT. Para ello utiliza: Cuadros y Reportes arrojados por el sistema o accede directamente a los datos del servicio.
3. Remite Formulario 4 (original y cuadruplicado)
4. Archiva formulario 4 triplicado.

Coordinación Regional de TB

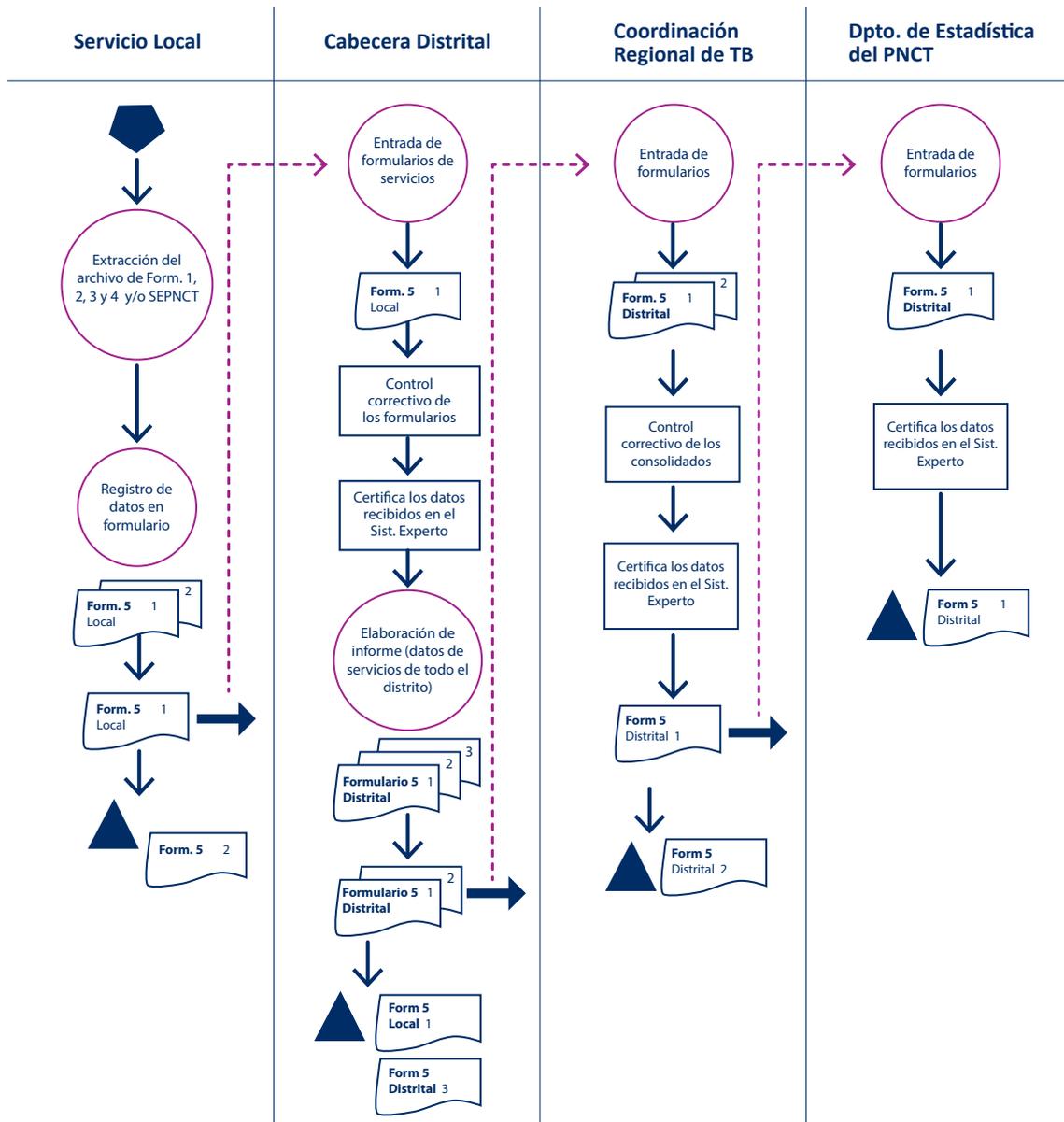
1. Recibe informes: Formulario 4 (original y cuadruplicado)
2. Certifica datos en el SEPNCT. Para ello utiliza: Cuadros y Reportes arrojados por el sistema o accede directamente a los datos del servicio.
3. Envía Formulario 4 (original)
4. Archiva Formulario 4 (cuadruplicado).

Nivel nacional

1. Recibe informes: Formulario 4 (original).
2. Certifica datos en el SEPNCT. Para ello utiliza: Cuadros y Reportes arrojados por el sistema o accede directamente a los datos del servicio.
3. Archiva Formulario 4 (original).

7. Diagrama del Circuito de Información del Consolidado de TB en los diferentes niveles de atención

Diagrama de Bloque	
Proceso:	Registro y Control de Calidad de datos de TB
Circuito:	Consolidado de TB del nivel local al PNCT
Sectores que intervienen: servicios de salud en sus diferentes niveles, Cabecera Distrital, Coordinación Regional de TB, Dpto. de Estadística del PNCT	Sistema de Registro: Formulario 5 y SEPUNCT



Referencias

- Operación-proceso
- Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado, 4 cuadruplicado)
- Archivo de documentos
- Conector de página
- Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento del Circuito de Información del Consolidado de TB en los diferentes niveles de atención

Servicio Local

1. Extracción del archivo de Formulario 1, 2, 3 y 4 y/o SEPNCT.
2. Consolida el total del mes y registra los datos en Formulario 5 (local), que consta de 2 copias.
3. Verifica los datos en el SEPNCT: Cuadro y reportes- Consolidado de TB o Población y Programación.
4. El original del Formulario 5 envía a la cabecera distrital.
5. Archiva el Formulario 5 duplicado.

Cabecera Distrital

1. La cabecera distrital recibe Formulario 5 local (original)
2. El encargado distrital controla las cifras de Formulario 5 y Cuadros y Reportes arrojados por el sistema o accede directamente a los datos del servicio. En caso de no coincidir los datos este será responsable de coordinar el cargado de los mismos.
3. Elaboración de Formulario 5 distrital (con los datos de cada servicio del distrito, contenidos en el Formulario 5 de cada uno) en triplicado.
4. Remisión al nivel regional de Formulario 5 distrital (original y duplicado),
5. Archiva Formulario 5 servicio local (original), Formulario 5 distrital (triplicado).

Coordinación de TB Regional

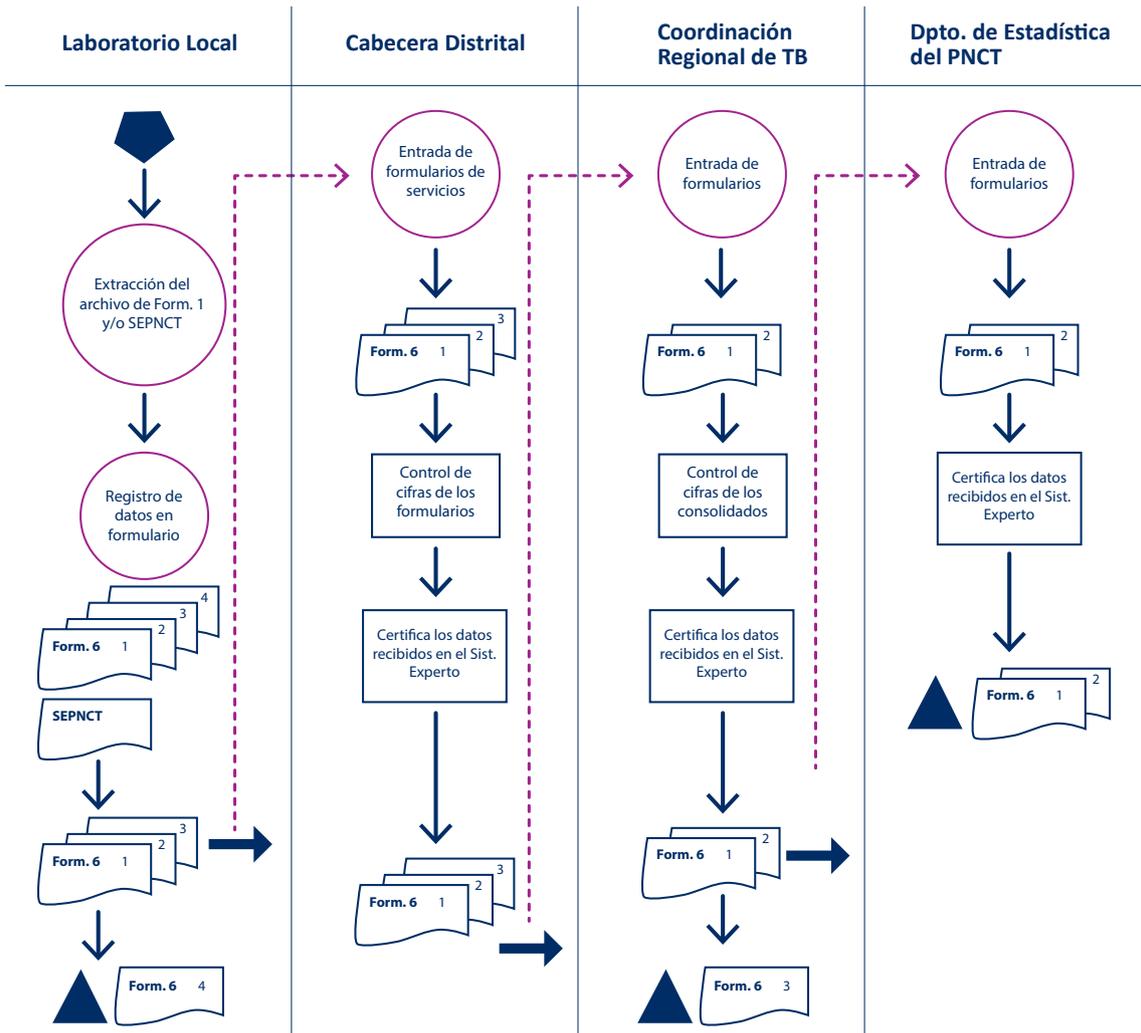
1. Recibe Formulario 5 distrital (original y duplicado) de todos sus distritos.
2. Controla cifras de los consolidados y certificar los datos recibidos con los datos del SEPNCT. Para ello utiliza: Cuadros y Reportes arrojados por el sistema o accede directamente a los datos del servicio.
3. Remite a la sección de Estadísticas del PNCT: Formulario 5 distrital original (de todos sus distritos).
4. Archiva el Formulario 5 distrital duplicados.

Sección de Estadística del PNCT

1. Entrada de Formularios: Formulario 5 distrital original.
2. Certifica y analiza los datos. Valida con el SEPNCT.
3. Archiva Formulario 5 distrital original.

8. Diagrama del Circuito de Información de Laboratorio en los diferentes niveles de atención

Diagrama de Bloque	
Proceso:	Registro y Control de Calidad de datos de TB
Circuito:	Información de Laboratorio de TB
Sectores que intervienen: servicios de salud en sus diferentes niveles , Cabecera Distrital, Coordinación Regional de TB, Dpto. de Estadística del PNCT	Sistema de Registro: Formulario 6 y SEPUNCT



Referencias

- Operación-proceso
- Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado, 4 cuadruplicado)
- Archivo de documentos
- Conector de página
- Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento Circuito de Información Laboratorio, según nivel de atención

Laboratorio

1. Extracción del archivo de Formulario 1 (Triplicado) y/o SEPNCT.
2. Registra en el Formulario 6 (en cuadruplicado).
3. Registra en el SEPNCT. Planilla y formularios- Registros Laboratorios.
4. Envía Formulario 6 (original, duplicado y triplicado) al distrito.
5. Archiva el Formulario 6 cuadruplicado.

Cabecera Distrital

1. La cabecera distrital recibe Formulario 6 (original, duplicado y triplicado).
2. El encargado distrital controla las cifras de Formulario 6. Cuadros y Reportes arrojados por el sistema o accede directamente a los datos del servicio. En caso de no coincidir los datos este será responsable de coordinar el cargado de los mismos.
3. Remisión al nivel regional de Formulario 6 distrital (original, duplicado y triplicado)

Coordinación de TB Regional

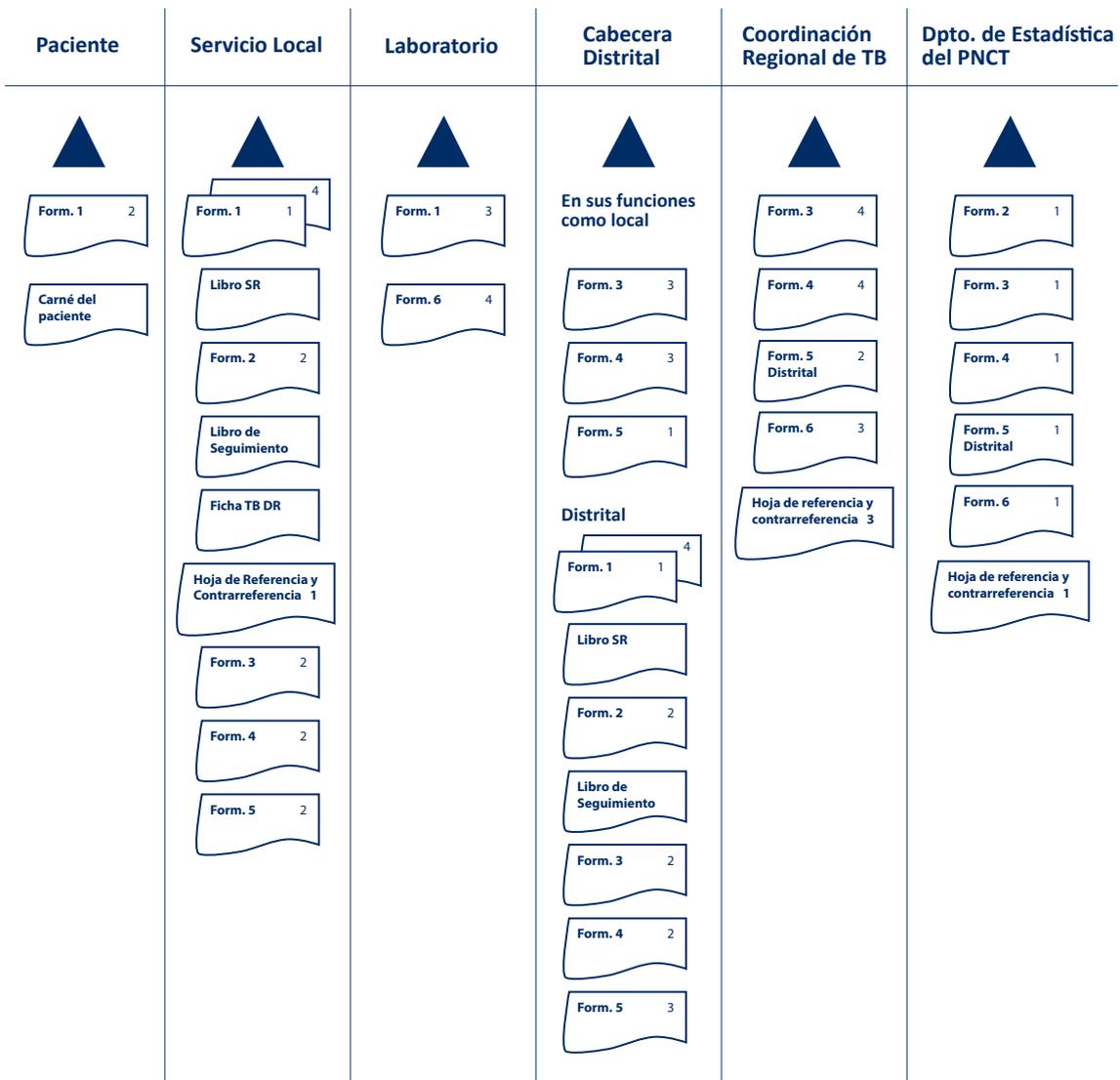
1. La Región recibe Formulario 6 (original, duplicado y triplicado).
2. Controla las cifras de Formulario 6. Cuadros y Reportes arrojados por el sistema o accede directamente a los datos del servicio. En caso de no coincidir los datos este será responsable de coordinar el cargado de los mismos.
3. Remisión al nivel nacional de Formulario 6 (original y duplicado).
4. Archiva el Formulario 6 triplicado.

Sección de Estadística del PNCT

1. Entrada de Formularios Formulario 6 original y duplicado.
2. Certifica y analiza los datos. Certifica con el SEPNCT.
3. Archiva Formulario 6 original.

9. Diagrama del Circuito de Información de almacenamiento de formularios de TB los diferentes niveles de atención

Diagrama de Bloque	
Proceso:	Registro y Control de Calidad de datos de TB
Circuito:	Información de Almacenamiento de Formularios de TB
Sectores que intervienen: servicios de salud en sus diferentes niveles, Laboratorio, Cabecera Distrital, Coordinación Regional de TB, Dpto. de Estadística del PNCT	Sistema de Registro: Formulario 1, 2, 3, 4 5,6. Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR, Libro de seguimiento de caso de TB. Ficha TB DR, Carné del paciente. SEPNECT



Referencias

-  Operación-proceso
-  Documento: el número de los mismos al extremo derecho, significa el número de copias (1 original, 2 duplicado, 3 triplicado, 4 cuadruplicado)
-  Archivo de documentos
-  Conector de página
-  Transporte o remisión

Descripción del Procedimiento del Circuito de Información de almacenamiento de formularios de TB los diferentes niveles de atención

Paciente

1. Formulario 1 duplicado
2. Carné del paciente

Servicio Local

1. Formulario 1 original y cuadruplicado
2. Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR o caso presuntivo de TB
3. Formulario 2 duplicado
4. Libro de caso de TB
5. Ficha de paciente TB DR
6. Formulario 3 duplicado
7. Formulario 4 duplicado
8. Formulario 5 duplicado
9. Hoja de referencia y contrareferencia triplicado o contrarreferencia.

Laboratorio

1. Formulario 1 triplicado
2. Formulario 6 cuadruplicado

Cabecera Distrital

Como cabecera distrital

1. Formulario 3 triplicado
2. Formulario 4 triplicado
3. Formulario 5 original

Como servicio de Salud que trata a pacientes

1. Formulario 1 original y cuadruplicado
2. Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR o caso presuntivo de TB
3. Formulario 2 duplicado
4. Libro de caso de TB
5. Formulario 3 duplicado
6. Formulario 4 duplicado
7. Formulario 5 duplicado

Coordinación de TB Regional

1. Formulario 3 Cuadruplicado
2. Formulario 4 Cuadruplicado
3. Formulario 5 duplicado
4. Formulario 6 triplicado
5. Hoja de referencia y contrareferencia triplicado

Sección de Estadística del PNCT

1. Formulario 2 original
2. Formulario 3 original
3. Formulario 4 original
4. Formulario 5 original
5. Formulario 6 original
6. Hoja de referencia y contrareferencia original

Bibliografía

1. Programa Nacional de Control de TB Paraguay. “Plan de Monitoreo y Evaluación. 2016-20202”, 2016.
2. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. *Guía Nacional para el manejo de Tuberculosis*. Paraguay, 2017.
3. Programa Nacional de Control de TB Paraguay. “Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en Paraguay. 2016-20202”, 2016.
4. Programa Nacional de Control de TB Paraguay. “Plan de Implementación del SEPNCT de Tuberculosis”, 2016.
5. OMS. *Definiciones y marco de trabajo para la notificación de Tuberculosis*. Revisión 2013. Geneva, Switzerland: Ediciones de la OMS, 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/111016/9789243505343_spa.pdf;jsessionid=4C2948E94283C8C81B8B3ED808E566B3?sequence=1.
6. DEYDE. “Calidad de datos en Big Data | 5 criterios de calidad”, 23 de septiembre de 2019. </calidad-de-datos-en-big-data-5-criterios-de-calidad/>.

Formularios de registro del PNCT

- Anexo 1** Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis. Formulario 1.
- Anexo 2** Planillas y Formularios – SR y Sospechosos de TB.
- Anexo 3** Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR.
- Anexo 4** Ficha de Notificación y Seguimiento del caso de TB. Formulario 2.
- Anexo 5** Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados.
- Anexo 6** Informe Mensual de Casos de TB y Control de Tratamiento. Formulario 3.
- Anexo 7** Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados – Tratamiento.
- Anexo 8** Libro de seguimiento del caso de Tuberculosis.
- Anexo 9** Tarjeta de Tratamiento TB-DR.
- Anexo 10** Carné de paciente.
- Anexo 11** Hoja de referencia y contra-referencia.
- Anexo 12** Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados – Traslado.
- Anexo 13** Formulario de Contactos y Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (TITL) o Quimioprofilaxis, Formulario 4.
- Anexo 14** Planillas y Formularios – Casos Nuevos y Retratados – Contacto.
- Anexo 15** Registro de Laboratorio Bacteriológico Formulario 6.
- Anexo 16** Planillas y Formularios – Registro de Laboratorio.
- Anexo 17** Consolidado de Tuberculosis Formulario 5.
- Anexo 18** Cuadros y Reportes – Consolidados de TB.
- Anexo 19** Cuadros y Reportes – Reportes de Población y Programación.
- Anexo 20** Cuadros y Reportes – Reportes Generales de TB.
- Anexo 21** Cuadros y Reportes – Listas de Post-Procesos.
- Anexo 22** Georreferenciamiento.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA SOLICITUD DE ESTUDIOS BACTERIOLÓGICOS DE TUBERCULOSIS (TB) Formulario 1

Consideraciones Generales: El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejerciendo presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados. En caso de marcar realizar con una X. Los ítems sin dato deben ser cerrados con una línea o raya.

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

1. Cuando el Personal de Salud **capta al Sintomático Respiratorio (SR)** o Caso Presuntivo de TB no SR a ser examinado. (4.1.1.1)
2. En caso de **control en el seguimiento de los casos de TB** en tratamiento (Controles Bacteriológicos). (4.1.2.)

Encabezado del Formulario

Nº. de Orden: Anotar en números correlativos empezando por el 01, que sería el primer SR o caso presuntivo no SR que identifique el servicio en el año. Esto será correlativo hasta finalizar el año. Los controles de tratamiento no llevan número de orden, se debe escribir la palabra control.

Región Sanitaria: Anotar el nombre de la Región Sanitaria en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Ej.: Concepción. Anotar al lado en **Código**, el número de código correspondiente a la Región Sanitaria.

Distrito: Anotar el nombre del distrito donde está ubicado el establecimiento de salud y en **Código** el número de código correspondiente al Distrito.

Establecimiento: Anotar el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención. Anotar al lado en **Código**, el número de código correspondiente al servicio de salud.

Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que completa el Formulario.

Nº. de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que completa el Formulario (línea baja y/o celular)

Fecha de identificación: anotar dd/mm/aa (dd: día, mm: mes y aa: año) en que es identificado el Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR a ser examinado. Este ítem será llenado solo en caso de que se solicite el estudio para Diagnóstico, cerrando con una línea el espacio en caso de controles bacteriológicos durante el tratamiento del caso de TB.

Captación en el servicio: Cuando se identifica el SR dentro del servicio.

Fuera del Servicio: cuando se identifica en Búsqueda activa SR y Contacto.

Fecha de Solicitud de Análisis: indicar dd/mm/aa en que se remite el pedido al laboratorio, este campo es de suma importancia para evaluar la respuesta oportuna del laboratorio en cuanto al diagnóstico. Este ítem será llenado en el caso de Diagnóstico o Control Bacteriológico.

Cuerpo del formulario

1. Datos de identificación

1.1. Documento de Identificación N°: Anotar el número (Nro.) del documento de identificación de la cédula de identidad, en el caso de que no tenga número de documento asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido en mayúscula seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo: José Martínez González- 15 de febrero de 1973. **JM150273**. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta la edad del paciente del año en curso. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería **JM010884**.

En el círculo correspondiente debe marcar con una "X" el tipo de documento – sea este CI (Cédula de Identidad) o carné indígena o Código (en el caso que se le asigne un código) según corresponda.

1.2. Primer Nombre: anotar con el primer nombre del paciente.

1.3. Segundo Nombre: anotar el segundo nombre del paciente.

1.4. Primer Apellido: anotar el primer apellido del paciente.

1.5. Segundo Apellido: anotar el segundo apellido del paciente.

1.6. Apellido de Casada: anotar en caso que corresponda el apellido de casada de la paciente, conforme a su documento de identidad, si no es casada cerrar el espacio.

1.7. Población Indígena: marcar con "X" en No Aplica en caso de que el paciente no es indígena, y Aplica, en el caso de ser indígena.

1.7.1. Especificar Etnia: En el caso que aplique el ítem de Etnia especificar la parcialidad o pueblo indígena al cual pertenece. Ejemplo: *Aché, Avá Guarani, Ayoreo, Mbya, Meka*, etc.

1.8. Fecha de Nacimiento: anotar la fecha: día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del paciente. Si desconoce la fecha de nacimiento aplicar el proceso descrito en el 1.1., para ese caso.

1.9. Edad: Anotar la edad del paciente, en años cumplidos.

1.10. Sexo: Marcar con una "X" en el círculo correspondiente al sexo del paciente F (femenino) o M (masculino).

1.11. Lugar de Nacimiento: anotar la ciudad de nacimiento del paciente.

1.12. Nacionalidad: anotar la nacionalidad del paciente.

2. Datos de Residencia Habitual

2.1. Departamento: escribir el nombre del departamento en el que habitualmente reside el paciente.

2.2. Distrito /Ciudad: escribir el nombre del distrito y/o ciudad, en el que habitualmente reside el paciente.

2.3. Área: Marcar con una "X" el círculo correspondiente al área en la que reside el paciente según corresponda: urbana o rural.

2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena: escribir el nombre del barrio, compañía, asentamiento o comunidad indígena en el que reside el paciente.

2.5 Calle y Nro. de casa: anotar el/los nombre/s de la/s calle/s y el Nro. de casa en el que reside el paciente o Nro. de departamento en caso que resida en un edificio, si la calle no tiene nombre cerrar el espacio.

2.6. Referencia: escribir el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio de el/la paciente, como escuelas, canchas, capillas, iglesia, médico naturalista, etc.

2.7. Nro. de teléfono: anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) del paciente o del mismo referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el paciente.

2.8. Penitenciaria: Marcar con una "X" el círculo *No Aplica*, si el paciente no se encuentra recluido en una penitenciaria y *Aplica* si el paciente se encuentra en algún centro penitenciario, en este caso en el ítem *Especificar* colocar el nombre del centro penitenciario.

3. Clasificación de Riesgo de TB

3.1. Población de Riesgo: marcar con una "X" el/los círculos correspondientes a la situación del paciente de acuerdo a:

3.1.1. Contacto de un caso de TB: si el paciente tiene un contacto de TB sensible, sea pulmonar y/o extrapulmonar en tratamiento o diagnosticado hace 2 años.

3.1.2. Contacto de un caso de TB DR (TB Drogo Resistente), si el paciente tiene un contacto de TB resistente sea pulmonar y/o extrapulmonar en tratamiento o diagnosticado hace 2

años.

3.1.3. Persona privada de su libertad, si el paciente está o estuvo privado de su libertad hace 2 años.

3.1.4. Personal de salud, si el paciente es Personal de Salud, sea administrativo o personal de blanco.

3.1.5. Población indígena, si el paciente corresponde a un pueblo indígena.

3.1.6. Diabetes, si el paciente padece de Diabetes Mellitus.

3.1.7. PVIH, si el paciente vive con VIH (Virus de la inmunodeficiencia humana)

3.1.8. Situación de Calle, si el paciente es indigente, sin hogar, sin domicilio fijo, sin domicilio bien establecido, sin domicilio permanente.

3.1.9. Situación de hacinamiento, si el paciente vive en casa hogar, refugios, albergues, asilos, etc.

3.1.10. Migrante, si el paciente es desplazado desde un país a otro, especialmente en los últimos dos años.

3.1.11. No Aplica, en el caso que las opciones citadas anteriormente no corresponde al paciente.

3.2. Historia de Tratamiento Previo: marcar con una "X" el círculo correspondiente a las opciones previstas:

3.2.1. Si. En caso que el paciente es previamente tratado.

3.2.2. No, en caso de que el paciente no ha sido previamente tratado.

3.2.3. Sin Datos, en caso de que el paciente no sepa si ha sido o no previamente tratado.

4. Solicitud de Análisis de Laboratorio

4.1. Razón del Estudio: marcar con una "X" el círculo correspondiente a; 4.1.1. Diagnóstico: cuando es un Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR, o 4.1.2. Control: En el caso del seguimiento del tratamiento en todos los casos de Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopia positiva, se debe realizar Baciloscopia de control (2º, 5º y 6º meses) en caso de TB Sensible y mensualmente en caso de TB Resistente.

En caso de ser Diagnóstico, marcar con X:

4.1.1. Diagnóstico.

4.1.1.1. SR: (Sintomático Respiratorio).

4.1.1.2. Caso presuntivo no SR.

En caso de ser de Control durante el tratamiento, marcar con X:

4.1.2. Control TB Sensible o TB Resistente: Marcar con una X si en control corresponde al tratamiento de TB Sensible o a TB Resistente.

4.1.2.1. Mes To. (Tratamiento): anotar el mes de tratamiento en que se encuentra el paciente. Ejemplo: Si es el 2do. mes del 6to. de tratamiento, colocar: 2/6.

4.1.2.2. Medicamentos: anotar las iniciales de los medicamentos recibidos al momento del control. Ejemplo: HRZE o HR o Km-Mx-Eto-Cfz-Z-Hhd-E, etc.

4.2. Tipo de muestra: marcar con una "X" el círculo correspondiente al tipo de muestra que será remitida al Laboratorio.

4.2.1. Espudo.

4.2.2. LCR (líquido céfalo raquídeo).

4.2.3. Orina.

4.2.4. Secreción.

4.2.5. Heces.

4.2.6. Biopsia: En caso de ser biopsia, se debió Especificar, anotar el nombre del material a ser enviado.

4.2.7. Otra: En caso de que la muestra no pertenece a ninguna de las opciones anteriores. Especificar, anotar el nombre del material a ser enviado.

4.3. Tipo de examen: marcar con una "X" el círculo correspondiente al tipo de examen según Normas Nacionales de TB.

4.3.1. Baciloscopia.

4.3.2. Cultivo.

4.3.3. Prueba de Sensibilidad.

4.3.4. Tipificación.

4.3.5. Gene Xpert.

4.3.6. Anatomía Patológica.

4.3.7. Otro. En caso de que el tipo de examen no pertenece a ninguna de las opciones anteriores. **Especificar**, anotar el nombre del tipo de examen solicitado.

Observación: Ver según Guías Nacionales de TB, las indicaciones de Baciloscopia, Cultivo, Tipificación, Prueba de Sensibilidad y GeneXpert.

5. Toma de Muestra/s:

5.1. Marcar con una "X" el círculo correspondiente a la cantidad de número de muestra seguido de la Fecha de la toma (dd/mm/aa) y **Aspecto** de la misma, describir: mucoso, mucopurulento, hemóptico, salivoso, licuado, purulento. Tanto de la muestra uno (Muestra 1), y/o muestra dos (Muestra 2).

6. Resultados de Análisis de Bacteriológicos.

6.1. Baciloscopia: marcar con una "X" si el resultado corresponde de la baciloscopia, seguido del Resultado de baciloscopia. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (naucibacilar), (+) = 10-99 BAAR/100 campos, (++) = 1-10 BAAR/50 campos, (+++) = >10 BAAR/20 campos.

Tanto de la primera (Muestra 1), y/o segunda (Muestra 2), tercera (Muestra 3), según corresponda.

Fecha: Anotar fecha de la lectura de la muestra en dd/mm/aa.

Firma y sello del responsable del laboratorio: Registrar la firma del responsable de laboratorio y su sello /o Aclaración de la Firma.

Nombre del Laboratorio: Registrar el nombre del laboratorio o del servicio de salud donde se encuentra el laboratorio.

6.2. Genexpert: marcar con una "X" si el resultado corresponde al Genexpert, seguido anotar la codificación del resultado del Genexpert T = MTB detectado, Resistencia a rifampicina no detectada, RR = MTB detectada, Resistencia a rifampicina detectada, TI = MTB detectada, Resistencia a rifampicina indeterminada, N = MTB no detectada, I = inválido / sin resultados / error.

Fecha: Anotar la fecha de resultado de muestra dd/mm/aa.

6.3. Cultivo: Anotar en la celda superior, el resultado obtenido. NEG = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias), (+) = 20-100 colonias, (++) = >100 colonias, (+++) = innumerables o crecimiento confluyente. Y en la celda inferior, indicar la fecha de siembra de la muestra dd/mm/aa.

OBSERVACION IMPORTANTE

El original con el duplicado y triplicado debe ser remitido al laboratorio junto con las muestras extraídas del paciente. El cuadruplicado quedará en el servicio, para que con la información contenida en este, se pueda cargar en el sistema experto y en el libro de SR.

El laboratorio registrará los resultados –en el original, duplicado y triplicado– el original y duplicado volverá al servicio, donde el encargado de TB entrega el duplicado al paciente. El triplicado quedará para el laboratorio.



TETĀ REKUĀI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente



Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis Formulario 1

		Nro. de Orden:		
Región Sanitaria:		Código:		
Distrito:		Código:		
Establecimiento:		Código:		
Responsable:		Nº de Teléfono:		
Fecha de identificación: ____/____/____		Fecha de Solicitud de Análisis: ____/____/____		
Captación en el Servicio <input type="radio"/>		Fuera del Servicio: Personal de Salud <input type="radio"/> Sociedad Civil <input type="radio"/>		
1 Datos de Identificación				
1.1. Documento de identificación Nº:	C.I. <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	Carné Indígena <input type="radio"/>	Código <input type="radio"/>
1.2. Primer Nombre:	1.3. Segundo Nombre:			
1.4. Primer Apellido:	1.5. Segundo Apellido:			
1.6. Apellido de casada:	1.7. Población indígena: No Aplica <input type="radio"/> Aplica <input type="radio"/>		1.7.1. Especificar Etnia:	
1.8. Fecha de Nacimiento: ____/____/____	1.9. Edad: ____		1.10. Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	
1.11. Lugar de Nacimiento:	1.12. Nacionalidad:			
2 Datos de Residencia habitual				
2.1. Departamento:		2.2. Distrito/Ciudad:		
2.3. Área: Urbana <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/>		2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena:		
2.5. Calle y Nº de casa:				
2.6. Referencia:				
2.7. Nº de teléfono:		2.8. Penitenciaria: No Aplica <input type="radio"/> Aplica <input type="radio"/> Especificar:		
3 Clasificación de Riesgo de TB				
3.1. Población de Riesgo		3.2. Historia de Tratamiento Previo		
3.1.1. Contacto TB <input type="radio"/>	3.1.7. PVIH <input type="radio"/>	3.2.1. Sí <input type="radio"/>		
3.1.2. Contacto TB-DR <input type="radio"/>	3.1.8. Situación de Calle <input type="radio"/>	3.2.2. No <input type="radio"/>		
3.1.3. Privado de libertad <input type="radio"/>	3.1.9. Situación de hacinamiento <input type="radio"/>	3.2.3. Sin Datos <input type="radio"/>		
3.1.4. Personal de Salud <input type="radio"/>	3.1.10. Migrante <input type="radio"/>			
3.1.5. Población indígena <input type="radio"/>	3.1.11. No Aplica <input type="radio"/>			
3.1.6. Diabetes <input type="radio"/>				
4 Solicitud de Análisis de Laboratorio				
4.1. Razón del Estudio				
4.1.1. Diagnóstico <input type="radio"/>		4.1.2. Control: TB Sensible <input type="radio"/> TB Resistente <input type="radio"/>		
4.1.1.1. SR <input type="radio"/>		4.1.1.2. Caso presuntivo no SR <input type="radio"/>		4.1.2.1. Mes Tto ____/____
4.1.2.2. Medicamentos _____				
4.2. Tipo de muestra		4.3. Tipo de Examen		
4.2.1. Esputo <input type="radio"/>	4.2.2. LCR <input type="radio"/>	4.2.3. Orina <input type="radio"/>	4.3.1. Baciloscopia <input type="radio"/>	4.3.2. Cultivo <input type="radio"/>
4.2.4. Secreción <input type="radio"/>	4.2.5. Heces <input type="radio"/>		4.3.3. Prueba de Sensibilidad <input type="radio"/>	4.3.4. Tipificación <input type="radio"/>
4.2.6. Biopsia <input type="radio"/>	Especificar _____		4.3.5. GeneXpert <input type="radio"/>	4.3.6. Anatomía Patológica <input type="radio"/>
4.2.7. Otra <input type="radio"/>	Especificar _____		4.3.7. Otro <input type="radio"/>	Especificar _____
5 Toma de Muestra/s				
5.1. Muestra 1 <input type="radio"/>		Muestra 2 <input type="radio"/>		
Fecha ____/____/____		Fecha ____/____/____		
Aspecto _____		Aspecto _____		
6 Resultados de Análisis Bacteriológicos				
6.1. Baciloscopia <input type="radio"/>		6.2. GeneXpert <input type="radio"/>		6.3. Cultivo <input type="radio"/>
Resultado _____		Resultado _____		Resultado _____
Fecha ____/____/____		Fecha ____/____/____		Fecha ____/____/____
Firma y sello del responsable del Laboratorio		Nombre del Laboratorio		

Original: Servicio de Salud
 Duplicado: Paciente
 Triplicado: Laboratorio
 Cuadruplicado: Queda en el Servicio de Salud para
 cargado inmediato en el sistema Experto de TB

Anexo 2

Planillas y Formularios – SR y Sospechosos de TB.

Registro de Sintomáticos Respiratorios y Sospechosos de TB

Región Sanitaria: Nro de Orden:
Distrito:
Establecimiento:
Responsable: Nro Teléfono:
Fecha de Identificación: / / Fecha de Solicitud de Análisis: / /

1. Datos de Identificación

1.1. Documento de Id: CI Pasaporte Carnet indígena No porta No tiene Nro: **Comprobar**

1.2. Primer Nombre: 1.3. Segundo Nombre:
1.4. Primer Apellido: 1.5. Segundo Apellido:
1.6. Apellido casada:
1.7. Etnia N/A Aplica 1.7.1. Especificar:
1.8. Fecha Nacimiento: / / 1.9. Edad: 1.10. Sexo: F M I
1.11. Lugar Nacimiento:
1.12. Nacionalidad:

2. Datos de Residencia habitual

2.1. Departamento: **Departamentos**
2.2. Distrito: **Distritos**
2.3. Area: Urbana Rural **Ubicar en Mapa** Latitud: Longitud:
2.4. Barrio/Ciña: **Barrios**
Otro:
2.5. Calle y Nro casa:
2.6. Referencia:
2.7. Nro Teléfono:
2.8. Penitenciaria: N/A Aplica Especificar:

3. Clasificación de Riesgo de TB

3.1. Población de riesgo:

<input type="checkbox"/> 3.1.1. Contacto TB	<input type="checkbox"/> 3.1.7. PVIH	<input type="radio"/> 3.2.1. SI
<input type="checkbox"/> 3.1.2. Contacto TB-DR	<input type="checkbox"/> 3.1.8. Situación de calle	<input type="radio"/> 3.2.2. NO
<input type="checkbox"/> 3.1.3. Privado de libertad	<input type="checkbox"/> 3.1.9. Situación de hacinamiento	<input type="radio"/> 3.2.3. Sin Datos
<input type="checkbox"/> 3.1.4. Personal de salud	<input type="checkbox"/> 3.1.10. Migrante	
<input type="checkbox"/> 3.1.5. Población indígena	<input type="checkbox"/> 3.1.11. No Aplica	
<input type="checkbox"/> 3.1.6. Diabetes		

4. Solicitud de Análisis de Laboratorio

4.1. Razón del Estudio

<input type="radio"/> 4.1.1. Diagnóstico	<input type="radio"/> 4.1.2. Control
<input type="radio"/> 4.1.1.1. SR	4.1.2.1. Mes Tto: <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="radio"/> 4.1.1.2. Caso presuntivo no SR	4.1.2.2. Medicamentos: <input type="text"/>

4.2. Tipo de Muestra

<input type="checkbox"/> 4.2.1. Espudo	Especificar: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4.2.2. LCR	Especificar: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4.2.3. Orina	Especificar: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4.2.4. Secresión	Especificar: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4.2.5. Heces	Especificar: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4.2.6. Biopsia	
<input type="checkbox"/> 4.2.7. Otra	Especificar: <input type="text"/>

4.3. Tipo de Examen

<input type="checkbox"/> 4.3.1. Baciloscopia	Especificar: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4.3.2. Cultivo	
<input type="checkbox"/> 4.3.3. Prueba de sensibilidad	
<input type="checkbox"/> 4.3.4. Tipificación	
<input type="checkbox"/> 4.3.5. Gene Xpert	
<input type="checkbox"/> 4.3.6. Anatomía Patológica	
<input type="checkbox"/> 4.3.7. Otro	

5. Toma de muestra/s

En esta sección podrá agregar informaciones de estudios de laboratorio, una vez que registre los datos básicos obligatorios de este formulario.

Guardar

[Volver]

*Paraguay
de la gente*

■ TETÁ REKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL



LIBRO DE SR O CASO PRESUNTIVO DE TB NO SR



Establecimiento de Salud: _____

Responsable: _____

Instructivo para el llenado del Libro de Sintomático Respiratorio (SR) o caso presuntivo de TB no SR

Consideraciones Generales: El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados.

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

1. Cuando el Personal de Salud capta al Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR a ser examinado, transcribe los datos de la Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis (TB). Formulario 1
2. Cuando el Personal de Salud capta al Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR y el mismo niega a realizarse el diagnóstico.

Cuerpo del formulario.

1. **N° de orden (columna 1):** Anotar los números en forma correlativa de acuerdo al orden en que se atienden a los Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR.
2. **Fecha de identificación (columna 2):** Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la identificación del Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR.
3. **N° de la Cédula de Identidad o Carné del Indígena (columna 3):** Anotar el número de cédula de identidad ó el número de Carné del indígena. Y en el caso de que no tenga número de documento asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo: José Martínez González- 15 de febrero de 1973. JM150273. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014 -30= 1984). La codificación sería JM010884.
4. **Nombres y Apellidos (columna 4):** Anotar con letra legible el/los Nombre/s y Apellido/s del Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR.
5. **Etnia (columna 5):** Anotar la Etnia en el caso que el paciente sea indígena (Aché, Avá Guarani, Ayoreo, Mbyá, Maká, etc.). Si no es indígena escribir NA (No aplica).
6. **Sexo (columna 6):** Anotar la inicial del sexo del Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR. M (masculino) o F (femenino).
7. **N° Telefónico (columna 7):** Anotar el número de teléfono del Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR.

8. Baciloscopia

1ª Muestra

9. **Fecha de Recepción de la Muestra (columna 8):** Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la recepción de la muestra. **Resultado y Fecha (columna 9):** Anotar en la parte superior de la celda el Resultado de Baciloscopia de la primera muestra. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. En el espacio inferior indicar la Fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

2ª Muestra

10. **Fecha de Recepción de la Muestra (columna 10):** Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la recepción de la muestra. **Resultado Fecha (columna 11):** Anotar en el espacio superior el Resultado de Baciloscopia de la segunda muestra. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. En el espacio inferior indicar la Fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

3ª Muestra

11. **Fecha de Recepción de la Muestra (columna 12):** Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la recepción de la muestra.
12. **Resultado Fecha (columna 13):** Anotar en el espacio superior el Resultado de Baciloscopia de la tercera. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. En el espacio inferior indicar la Fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aaaa.

13. Cultivo.

14. **Realizado (columna 14):** Anotar Sí en el caso que se solicite estudio de Cultivo y No, en caso de no solicitar cultivo.

15. **Fecha de envío de la muestra (columna 15):** Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) en que se envía de la muestra para cultivo.

16. **Resultado y Fecha (columna 16):** Anotar el espacio superior el resultado obtenido en el cultivo. 0 = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias); + = 20-100 colonias, ++ = >100 colonias, +++ = innumerables o crecimiento confluyente; CC= Cuando el cultivo es contaminado. Y en el espacio inferior, Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

17. **Observación (columna 17):** En la columna observación se debe anotar cualquier dato relevante que hubiere.

Ejemplo: Paciente se niega a dar la muestra. Resultado pendiente.

Importante. El libro quedara dentro del Servicio de Salud. No es de notificación.

Guía de gestión de datos de Tuberculosis

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CASO DE TB. Formulario 2.

Consideraciones Generales: El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados. En caso de marcar realizar con una X. Los ítems sin dato deben ser cerrados con una línea o raya. Los datos registrados en el mismo son de notificación obligatoria.

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

1. Cuando el Personal de Salud notifique el caso sensible o resistente diagnosticado en el servicio, ingreso o no en tratamiento, en este caso envía al nivel superior.
2. Cuando el Personal de Salud reciba un caso trasladado, sensible o resistente, para dar continuidad, en este caso NO se envía al nivel superior.

Encabezado del Formulario: (ANVERSO)

N° de Orden: Anotar en números correlativos empezando por el 01, que sería el primer caso de TB (Pulmonar o/ Extrapulmonar) en el servicio. Esto será correlativo hasta finalizar el año, aún si el caso es un traslado de entrada se debe numerar como un caso por el servicio que recibe al paciente.

Región Sanitaria: Anotar el nombre de la Región Sanitaria en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Ej.: Concepción. Anotar al lado en Código, el número de código correspondiente a la Región Sanitaria.

Distrito: Anotar el nombre del distrito donde está ubicado el establecimiento de salud y en Código el número de código correspondiente al Distrito.

Establecimiento: Anotar el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención. Anotar al lado en Código, el número de código correspondiente al servicio de salud.

Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que completa el Formulario.

Fecha de identificación: es la fecha de identificación del SR.

N° de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que completa el Formulario (línea baja y/o celular)

Inicio Tratamiento: Marcar con una "X" el círculo **SI** en el caso de que el paciente inicia tratamiento y **Fecha de inicio:** Anotar dd/mm/aa en que inicia tratamiento, y **No** en el caso de que el paciente no inicia tratamiento., en **Motivo:** Anotar el porqué no inicio tratamiento el caso de TB.

TDOT/AES: Marcar con una "X" el círculo **SI**, en el caso de que el paciente realiza el Tratamiento Directamente Observado (TDO) y **No** en el caso de que el paciente no realiza el TDO.

Esquema de Tratamiento: Marcar con una "X" el círculo **Sensible** en el caso que el/a paciente realice esquema de TB Sensible y **Resistente** en el caso de realizar Esquema de TB Resistente.

Duración total de tratamiento: Indicar el número de meses que el paciente realizara el tratamiento. Ejemplo: 6, 9, 12, 18 o 24.

Cuerpo del formulario

1. Datos de identificación

1.1. Documento de Identificación N°: Anotar el número (Nro.) del documento de identificación de la cédula de identidad, en el caso de que no tenga número de documento asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido en mayúscula seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo. José Martínez González- 15 de febrero de 1973. **JM150273**. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta la edad del paciente del año en curso. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería **JM010884**.

En el círculo correspondiente debe marcar con una "X" el tipo de documento – sea este CI (Cédula de Identidad) o carné indígena o Código (en el caso que se le asigne un código) según corresponda.

1.2. Primer Nombre: anotar con el primer nombre del paciente.

1.3. Segundo Nombre: anotar el segundo nombre del paciente.

1.4. Primer Apellido: anotar el primer apellido del paciente.

1.5. Segundo Apellido: anotar el segundo apellido del paciente.

1.6. Apellido de Casada: anotar en caso que corresponda el apellido de casada de la paciente, conforme a su documento de identidad, si no es casada cerrar el espacio.

1.7. Población Indígena: marcar con "X" en **No Aplica** en caso de que el paciente no es indígena, y **Aplica**, en el caso de ser indígena.

1.7.1. Especificar Etnia: En el caso que aplique el ítem de Etnia especificar la parcialidad o pueblo indígena al cual pertenece. Ejemplo: *Aché, Avá Guarani, Ayoreo, Mbya, Maka, etc.*

1.8. Fecha de Nacimiento: anotar la fecha: día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del paciente. Si desconoce la fecha de nacimiento aplicar el proceso descrito en el 1.1., para ese caso.

1.9. Edad: Anotar la edad del paciente, en años cumplidos.

1.10. Sexo: Marcar con una "X" en el círculo correspondiente al sexo del paciente F (femenino) o M (masculino).

1.11. Lugar de Nacimiento: anotar la ciudad de nacimiento del paciente.

1.12. Nacionalidad: anotar la nacionalidad del paciente.

2. Datos de Residencia Habitual

2.1. Departamento: escribir el nombre del departamento en el que habitualmente reside el paciente.

2.2. Distrito /Ciudad: escribir el nombre del distrito y/o ciudad, en el que habitualmente reside el paciente.

2.3. Área: Marcar con una "X" el círculo correspondiente al área en la que reside el paciente según corresponda: urbana o rural.

2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena: escribir el nombre del barrio, compañía, asentamiento o comunidad indígena en el que reside el paciente.

2.5. Calle y Nro. de casa: anotar el/los nombres de la/s calle/s y el Nro. de casa en el que reside el paciente o Nro. de departamento en caso que resida en un edificio, si la calle no tiene nombre cerrar el espacio.

2.6. Referencia: escribir el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio de el/a paciente, como escuelas, canchas, capillas, iglesias, médicos naturalistas, etc.

2.7. Nro. de teléfono: anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) del paciente o de algún referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el paciente.

2.8. Penitenciaria: Marcar con una "X" el círculo **No Aplica**, si el paciente no se encuentra recluso en una penitenciaría y **Aplica** si el paciente se encuentra en algún centro penitenciario, en este caso en el ítem Especificar colocar el nombre del centro penitenciario.

3. Educación formal y situación laboral

3.1. Nivel de Educación: Marcar con una "X" la escolaridad o nivel de educación del paciente con TB según corresponda: 3.1.1. Inicial (Jardín a Preescolar), 3.1.2. Escolar Básica (1° al 9° grado), 3.1.3. Nivel Medio (1° al 3° año o 4° al 6° curso), 3.1.4. Terciario/Universitario, 3.1.5. Ninguno.

3.2. Situación laboral: Marcar con una "X" en el círculo correspondiente a la situación laboral del paciente. 3.2.1. No Aplica, en el caso de menor de edad y estudiante. 3.2.2. No trabaja, en el caso que no tenga trabajo remunerado; 3.2.3. Trabaja, en el caso que el paciente tenga remuneración por el trabajo que realiza, sea independiente o no. **Lugar de trabajo** Anotar el lugar de trabajo fijo, en caso de ser independiente depende al paciente donde ofrece sus servicios en el momento del registro del caso.

3.3. Profesión/Ocupación: Anotar la profesión u ocupación que ejerce el/a paciente. Ej. Ocupación: Albañil.

4. Seguro Médico

Marcar con una "X" en el círculo según corresponda. **SI**, en el caso de que el paciente cuente con seguro médico; **No**, si el mismo no cuenta con seguro médico o; **No sabe**, si no conoce.

4.1. En el caso de contar con un seguro médico, marcar con una "X" la opción correspondiente.

4.1.1. IPS, 4.1.2. Sanidad Policial, 4.1.3. Sanidad Militar, 4.1.4. Otro, en este caso Especificar el nombre del Seguro Médico al cual corresponde.

5. Clasificación de Riesgo de TB.

Marcar con una "X" el/los círculos correspondientes a la situación del paciente de acuerdo a:

5.1. Población de Riesgo

5.1.1. Contacto de un caso de TB: si el paciente tiene un contacto de TB sensible, sea pulmonar y/o extrapulmonar en tratamiento o diagnosticado hace 2 años.

5.1.2. Contacto de un caso de TB DR (TB Drogo Resistente), si el paciente tiene un contacto de TB resistente sea pulmonar y/o extrapulmonar en tratamiento o diagnosticado hace 2 años.

5.1.3. Persona privada de su libertad, si el paciente está o estuvo privado de su libertad hace 2 años.

5.1.4. Personal de salud, si el paciente es Personal de Salud, sea administrativo o personal de blanco.

5.1.5. Población indígena, si el paciente corresponde a un pueblo indígena.

5.1.6. Situación de Calle, si el paciente es indigente, sin hogar, sin domicilio fijo, sin domicilio bien establecido, sin domicilio permanente.

5.1.7. Situación de hacinamiento, si el paciente vive en casa hogar, refugios, albergues, asilos, etc.

5.1.8. Migrante, si el paciente es desplazado desde un país a otro, especialmente en los últimos dos años.

5.1.9. No Aplica, en el caso que las opciones citadas anteriormente no corresponde al paciente.

5.2. Situación de Riesgo

5.2.1. Diabetes, si el paciente padece de Diabetes Mellitus marcar el círculo; en caso de padecer de la enfermedad marcar el círculo si recibe tratamiento vía oral o si es con insulina.

5.2.2. Tabaquismo si el paciente fuma marcar el círculo. En el caso de que el paciente fume indicar la **Cantidad diaria:** indicar en paquetes/año (cantidad de cigarrillos por día x año/20. Ejemplo: la persona fuma 10 cigarrillos por día por 30 años: 10 x 30/20=15). **Años:** indicar el número de años que lleva fumando.

5.2.3. EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), si el/a paciente padece de EPOC marcar el círculo.

5.2.4. Adicciones: si el paciente tiene adicción a sustancias nocivas marcar el círculo. **Especificar** tipo de sustancia (alcoholismo, drogas ilícitas- crack, marihuana, cocaína, inyectables, popper, cola de zapatero, éxtasis, etc.).

5.2.5. Trastornos psíquicos: marcar en el círculo en el caso que existe Trastornos psíquicos. Especificar. (Depresión, esquizofrenia, etc.). Marcar **SI** en el caso que está en tratamiento y **No** en el caso que no recibe tratamiento.

5.2.6. Dificultad o limitación Física: registrar cuando la persona tiene una dificultad física, con disminución importante en la capacidad o movimiento.

5.2.7. Dificultad o limitación mental: registrar cuando la persona presenta alguna limitación mental diagnosticada.

5.2.8. Otros: marcar en el círculo en el caso que existe una situación de riesgo. Especificar otros tipos de padecimientos que se considere de riesgo. (colagenopatías, neoplasias, trasplante de órganos, diálisis, etc.).

5.2.9. No Aplica, en el caso que las opciones citadas anteriormente no corresponde al paciente.

6. Estado de VIH

Marcar con una "X" el círculo correspondiente:

6.1. CTV, marcar el círculo **SI**, en caso que el Personal de Salud ofreció la CTV (Consejería y testeo voluntario para el VIH) y **No** en caso de que no ofreció consejería y testeo. **Rechazo test:** marcar en el círculo rechazó el test, en el caso que el/a paciente se niega a realizar el test rápido de VIH.

En caso de **menores de 18 meses** no se realizará CTV, dicho caso deberá marcar el círculo si es un menor de 18 meses.

6.2. Resultado de Test rápido: Si realizó el test indicar el resultado del test del test rápido marcando con una "X" en el círculo del resultado, donde **0** (cero) es **No Reactivo** y **1** (uno) es **Reactivo**. **Fecha:** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

6.3. PVIH, en caso que el paciente convive con el VIH. Si es un PVIH marcar el círculo **SI** en el caso de tener tratamiento ARV (antirretroviral) y **No** en el caso de no realizar tratamiento.

6.4. Evaluación actual del paciente.

6.4.1. Peso: Se deberá anotar el peso en kg. del paciente según corresponda.

6.4.2. Talla: Se deberá anotar la talla en cm. del paciente según corresponda.

6.4.3. Embarazo: Se deberá marcar **SI** en el caso que la paciente se encuentre embarazada ó **No EN EL CASO** de que no esté embarazada. En caso de estar embarazada anotar en **Edad Gestacional**, la edad gestacional en semanas de embarazo

6.4.4. Glicemia Resultado: Se deberá anotar el resultado según corresponda de: HGT (Hemoglucotest) en mg/dL. Glicemia Basal en mg/dL y/o tolerancia de la glucosa en mg/dL.

6.5. PPD: Anotar si se realizó o no la PPD y si el resultado en milímetros.

7. Resultado de Análisis de diagnóstico.

7.1. **Es las siguientes casillas** Transcribir puntualmente los resultados recibidos del Laboratorio y fecha de lectura del mismo.

Baciloscopia: Anotar en la celda **1. Resultados, 2. Resultados, 3. Resultados** correspondiente, el resultado de baciloscopia. Neg = no BAAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAAR/50 campos, +++ = >10 BAAAR/20 campos. Y en la celda **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

PSD (Prueba de sensibilidad): Anotar en la celda de la fila **1. Resultados, 2. Resultados, 3. Resultados** correspondiente, el resultado obtenido. Neg = reportado sin crecimiento, (1-9) = <10 colonias (reportar número de colonias), + = 10-100 colonias, ++ = >100 colonias, +++ = innumerables o crecimiento confluyente. Y en la celda **Fecha** indicar la fecha de siembra del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Tipificación: en la celda de la fila **1. Resultados, 2. Resultados, 3. Resultados** correspondiente correspondiente a la muestra seleccionada, anotar el resultado de la tipificación (MTB (*Mycobacterium tuberculosis*) o No MTB (No *Mycobacterium tuberculosis*). Y en la celda **Fecha** indicar la fecha de siembra del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

GeneXpert: en la celda de la fila **1. Resultados, 2. Resultados, 3. Resultados** correspondiente correspondiente a la muestra seleccionada, anotar el resultado del análisis en cuanto al GeneXpert. T = MTB detectado, Resistencia a rifampicina no detectada, RR = MTB detectada, Resistencia a rifampicina detectada, TI = MTB detectada, Resistencia a rifampicina indeterminada, N = MTB no detectada, I = inválido / sin resultados / error. **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Tipo de Muestra: en la celda de la fila **1. Resultados, 2. Resultados, 3. Resultados** el tipo de muestra al que corresponde el resultado de la muestra. Ej. Espudo, secreción, LCR, orina, etc.

Otros estudios de diagnóstico: Anotar otros estudios realizados y los resultados del mismo, tales como Biopsia, Radiografía, etc. **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

8. Información sobre el Caso de TB Diagnosticado.

8.1 Definición del Caso: Marcar con una "X" el círculo correspondiente al tipo de diagnosticado realizado.

8.1.1. TB Bacteriológicamente confirmado.

8.1.2. TB clínicamente diagnosticado.

Si el paciente cuenta con ambas formas marcar ambas opciones.

8.2. Localización anatómica: Marcar con una "X" el círculo correspondiente a la localización anatómica de la enfermedad.

8.2.1. Pulmonar

8.2.2. Extrapulmonar. En el Caso de Extrapulmonar **Especificar:** anotando la localización de la misma.

8.3. Resistencia a Medicamentos: Marcar con una "X" la opción correspondiente a las pruebas de sensibilidad a los medicamentos (PSD) de los aislados clínicos confirmados como *M. tuberculosis*:

8.3.1. Sensible.

8.3.2. Resistente.

En el caso de ser Resistente Marcar con una "X" la clasificación de la Resistencia: Monoresistente, Poliresistente, TB-MDR, TB-XDR, TB-RR.

8.4. Historia de Tratamiento previo: Marcar con una "X" una de las opciones de acuerdo a la clasificación basada en la historia de tratamiento previo de TB independiente de la confirmación bacteriológica o localización de la enfermedad:

8.4.1. Paciente Nuevo

8.4.2. Paciente con recaída

8.4.3. Paciente con tratamiento después de fracaso

8.4.4. Paciente con tratamiento después de pérdida en el seguimiento

8.4.5. Otros pacientes previamente tratados

8.4.6. Paciente con historia desconocida de tratamientos previos por TB

Observación Importante: El original debe ser remitido al PNCT, por cuanto se podrá especial cuidado en el registro del mismo. El duplicado (cartulina) queda en el servicio. En caso de trasladar al paciente a otro servicio, la cartulina de este formulario debe quedar en el servicio que traslada, marcando el alta traslado con la fecha correspondiente.



TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
Miteroháta
Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente



PROGRAMA NACIONAL DE
Control de la
Tuberculosis

Ficha de Notificación y Seguimiento del caso de TB Formulario 2

Región Sanitaria:		Código:						
Distrito:		Código:						
Establecimiento:		Código:						
Responsable:		Nº de Teléfono:						
Fecha de inicio: ____/____/____								
Inicié Tratamiento: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de inicio: ____/____/____ Motivo: _____								
TDO/TAES: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Esquema de Tratamiento: Sensible <input type="checkbox"/> Resistente <input type="checkbox"/> Duración total de tratamiento: _____								
1 Datos de Identificación								
1.1. Documento de identificación Nº:	C.I. <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carné Indígena <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/>					
1.2. Primer Nombre:	1.3. Segundo Nombre:							
1.4. Primer Apellido:	1.5. Segundo Apellido:							
1.6. Apellido de casada:	1.7. Población Indígena: No Aplica <input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/>		1.7.1. Especificar Etnia:					
1.8. Fecha de Nacimiento: / /	1.9. Edad:	1.10. Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>						
1.11. Lugar de Nacimiento:	1.12. Nacionalidad:							
2 Datos de Residencia habitual								
2.1. Departamento:	2.2. Distrito/Ciudad:							
2.3. Área: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena:							
2.5. Calle y Nº de casa:								
2.6. Referencia:								
2.7. Nº de teléfono:	2.8. Penitenciaria: No Aplica <input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Especificar:							
3 Educación Formal y Situación Laboral								
3.1. Nivel de Educación:	3.1.1. Inicial <input type="checkbox"/>	3.1.2. Escolar Básica <input type="checkbox"/>	3.1.3. Nivel Medio <input type="checkbox"/> 3.1.4. Terciario/Universitario <input type="checkbox"/> 3.1.5. Ninguno <input type="checkbox"/>					
3.2. Situación Laboral:	3.2.1. No aplica <input type="checkbox"/>	3.2.2. No trabaja <input type="checkbox"/>	3.2.3. Trabaja <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo:					
3.3. Profesión / Ocupación:								
4 Seguro Médico Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/>								
4.1. 4.1.1. IPS <input type="checkbox"/>	4.1.2. Sanidad Policial <input type="checkbox"/>	4.1.3. Sanidad Militar <input type="checkbox"/>	4.1.4. Otro <input type="checkbox"/> Especificar:					
5 Clasificación de Riesgo de TB								
5.1.1. Contacto TB <input type="checkbox"/>	5.1.6. Situación de Calle <input type="checkbox"/>	5.2.1. Diabetes <input type="checkbox"/>	Tto. Vía Oral <input type="checkbox"/> Tto. Insulina <input type="checkbox"/>					
5.1.2. Contacto TB-DR <input type="checkbox"/>	5.1.7. Sit. de hacinamiento <input type="checkbox"/>	5.2.2. Tabaquismo <input type="checkbox"/>	Cantidad diaria ____ Años ____					
5.1.3. Privado de libertad <input type="checkbox"/>	5.1.8. Migrante <input type="checkbox"/>	5.2.3. EPOC <input type="checkbox"/>	○ Especificar _____					
5.1.4. Personal de Salud <input type="checkbox"/>	5.1.9. No aplica <input type="checkbox"/>	5.2.4. Adicciones <input type="checkbox"/>	○ Especificar _____ Tto. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
5.1.5. Población indígena <input type="checkbox"/>		5.2.5. Trastorno Psíquico <input type="checkbox"/>	○ Especificar _____					
		5.2.6. Dificultad o lim. física <input type="checkbox"/>	○ Especificar _____					
		5.2.7. Dificultad o lim. mental <input type="checkbox"/>	○ Especificar _____					
		5.2.8. Otros <input type="checkbox"/>	○ Especificar _____ 5.2.9. No aplica <input type="checkbox"/>					
6 Estado de VIH								
6.1. CTV: Consejería Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazó test <input type="checkbox"/> Menor de 18 meses <input type="checkbox"/> Pendiente de realización <input type="checkbox"/>								
6.2. Resultado Test rápido: 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fecha: / /								
6.3. PVIH <input type="checkbox"/> ARV: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
6.4. Evaluación actual del paciente								
6.4.1. Peso: _____ 6.4.2. Talla: _____ 6.4.3. Embarazo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad Gestacional: _____								
6.4.4. Glicemia Resultado: HGT ____ mg/dL Glicemia Basal ____ mg/dL Test de Tolerancia a la Glucosa ____ mg/dL Pendiente de realización <input type="checkbox"/>								
6.5. PPD: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> mm _____								
7 Resultado de Análisis de diagnóstico del Laboratorio (transcribir puntualmente los resultados recibidos del Laboratorio)								
7.1.	Muestras	Baciloscopia	Cultivo	GeneXpert	PSD		Tipo de Muestra	Otros estudios de diagnóstico
					Sensible	Resistente		
	1. Resultado							
	Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
2. Resultado								
Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
3. Resultado								
Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
8 Información sobre el Caso de TB Diagnosticado								
8.1. Definición del Caso								
8.1.1. TB Bacteriológicamente Confirmada <input type="checkbox"/>		8.4. Historia del Tratamiento Previo						
8.1.2. TB Clínicamente Diagnosticada <input type="checkbox"/>		8.4.1. Paciente Nuevo <input type="checkbox"/>						
8.2. Localización Anatómica		8.4.2. Paciente con recaída <input type="checkbox"/>						
8.2.1. Pulmonar <input type="checkbox"/>		8.4.3. Paciente con tratamiento después de fracaso <input type="checkbox"/>						
8.2.2. Extrapulmonar <input type="checkbox"/> Especificar _____		8.4.4. Paciente con tratamiento después de la pérdida en el seguimiento <input type="checkbox"/>						
8.3. Resistencia a Medicamentos		8.4.5. Otros pacientes previamente tratados <input type="checkbox"/>						
8.3.1. Sensible <input type="checkbox"/>		8.4.6. Paciente con historia desconocida de tratamientos previos por TB <input type="checkbox"/>						
8.3.2. Resistente:								
Monorresistente <input type="checkbox"/>								
Polirresistente <input type="checkbox"/>								
TB-MDR <input type="checkbox"/>								
TB-XDR <input type="checkbox"/>								
TB-RR <input type="checkbox"/>								

Original: PNCT - Duplicado: Servicio de Salud

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CASO DE TB SENSIBLE. Formulario 2 (REVERSO)

Consideraciones Generales: El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos.

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

Para el seguimiento del Caso de TB en tratamiento dentro del Servicio de Salud.

Aquí se consignarán los datos del tratamiento realizado al paciente, durante la fase inicial y la de continuación. Ambas fases están divididas en celdas numeradas del 1 al 31 al acuerdo al calendario, de forma a que pueda marcarse con una "X" los días en que el paciente haya recibido su dosis durante su tratamiento en caso de realizar TDO, en caso de no TDO colocar un círculo donde determinan la fecha que fue entregado la medicación al paciente desde-hasta de ese mes, marcando de manera transversal el resto de los cuadros que quedan en medio de ambos círculos; el círculo pintado que se encuentra en el cuadro bajo la numeración indica que en esa fecha llega a cumplir 1 mes de tratamiento.

FASE INICIAL (1)

MES Y AÑO: en la primera fila, se registrará el mes y año en que el/a paciente inicia su tratamiento. Ej.: si el paciente comienza el 5 de mayo de 2017, se registrará con el mes y el año (Mayo 2017), posteriormente se marca con una "X" en la celda 5 correspondiente a la primera toma y se tachan los días anteriores con una raya horizontal, a fin de evitar confusiones.

A partir de esa fecha, se administrará el medicamento de forma diaria de lunes a sábado y se marcará en el carné cada día del mes que el paciente recibe su dosis de antibióticos. Los días domingos no se administrará el medicamento, por ello, se colocará la letra "D" (domingo) con un color rojo para que llame la atención, en cada fecha, de acuerdo al calendario donde se visualicen los domingos en ese mes.

Se anula la fecha 31, en caso de que el mes solo traiga 30 días.

Una vez finalizado la fila del mes de tratamiento, registrar en la columna **DOSES Y DROGAS RECIBIDA**, las drogas y las dosis recibidas durante ese mes. La Dosis equivale a días en que tomó la medicación. Ejemplo: 16 HRZE.

En caso que se prolongue la fase inicial se seguirá marcando los días prolongados.

PESO: registrar el peso del/a paciente en Kg. (Kilogramos) de manera mensual durante el tratamiento.

Una vez terminada la fase la **FASE INICIAL** de tratamiento, se deberá completar las casillas de la **FASE DE CONTINUACIÓN (2)**.

FASE DE CONTINUACIÓN (2)

MES Y AÑO: en la primera fila, se registrará el mes y año en que el paciente inicia la **FASE DE CONTINUACIÓN**, se aplica en mismo llenado de la **FASE INICIAL**.

Una vez finalizado la fila del mes de tratamiento, registrar en la columna **DOSES Y DROGAS RECIBIDA**, las drogas y las dosis recibidas durante ese mes. La Dosis equivale a días en que tomó la medicación. Ejemplo: 26 HR.

PESO: registrar el peso del/a paciente en Kg. (Kilogramos) de manera mensual durante el tratamiento.

Control Clínico Bacteriológico

Esta sección está dividida en cuatro columnas principales, que son: **Baciloscopia** con celdas para registrar el (**Resultado y Fecha**) y **Cultivo** con celdas para registrar (**Resultado y Fecha**), correspondiente al mes

Baciloscopia

Resultado: Anotar en la celda correspondiente, el resultado de baciloscopia. Neg = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, +++ = 1-10 BAAR/50 campos, ++++ = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Cultivo: Anotar en la celda correspondiente, el resultado obtenido. Neg = reportado sin crecimiento, (1-9) = <10 colonias (reportar número de colonias), + = 10-100 colonias, ++ = >100 colonias, +++ = innumerables o crecimiento confluyente. Y en la celda **Fecha** indicar la fecha de siembra del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Genexpert: Colocar resultado del Genexpert de control en caso de que se haya solicitado por causa de una Baciloscopia de control positiva al 200, o 500, mes de tratamiento. Anotar fecha de toma de la muestra.

PSD: Colocar el resultado de la PSD de control en caso de que se haya solicitado por causa de una Baciloscopia de control positiva al 200, o 500, mes de tratamiento. Anotar fecha de siembra de la prueba de sensibilidad.

Clínico: Colocar la fecha del Control Clínico según normas.

Esquema tratamiento Sensible

Nro. De Meses: registrar el número de meses que durará el tratamiento, incluidas las dos fases. Generalmente el esquema de tratamiento sensible dura 6 meses, pero existen excepciones:

1. Cuando es un tipo de TB grave (TB miliar, mal de Pott, Meningitis tuberculosa) donde dura 12 meses;
2. En caso de que se prolongue la primera fase cuando el control de 2do mes, resulta positivo y en espera del resultado de cultivo, se sigue con HRZE.

3. Cuando el médico especialista decide extender el tratamiento, de acuerdo a las patologías que presente el/a paciente y su condición de salud.

Fase Inicial

En esta sección, se anotarán las **Drogas y Dosis recibidas**, durante toda la fase inicial

Ej: Durante la primera fase se administraron Isoniácida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol, representadas por las siglas HRZE. En un total de 52 dosis, correspondientes a dos meses de tratamiento. En cada mes, se administran 26 dosis, que son 26 días, lo que suma 52 dosis.

Drogas: HRZE

Dosis: 52

Fase de continuación

De la misma forma que el anterior, se anotarán las drogas recibidas y el total de dosis de la fase de continuación.

Ej: durante la Fase de Continuación, se recibieron Isoniácida y Rifampicina (HR), durante cuatro meses (cada mes se administran 26 dosis, una por día)

Drogas: HR

Dosis: 104

Administración del Tratamiento

Superviso Fase 1: marcar con una "X"; **SI** en el caso de realizar tratamiento directamente observado (TDO) o **No**, en caso ser autocoadministrado; en la fase 1 (Inicial). En este caso anotar cantidad de día en promedio que se da los medicamentos al paciente. Ej: 6 días.

Superviso Fase 2: marcar con una "X"; **SI** en el caso de realizar tratamiento directamente observado (TDO) o **No**, en caso ser autocoadministrado; en la fase 2 (Continuación). En este caso anotar cantidad de día en promedio que se da los medicamentos al paciente. Ej: 6 días.

Modalidades del TAES (Tratamiento Estrictamente Supervisado).

Si se marcó "SI" en la sección anterior debe Marcar la Modalidad del TAES, correspondiente a la Fase del Tratamiento (Fase 1 y Fase 2) estos pueden ser:

En Servicio: cuando el paciente, acude al servicio para recibir su medicación.

Fuera del Servicio: cuando el personal de salud va hasta la casa del paciente para administrar la medicación.

En la Comunidad: cuando un promotor de salud, agente comunitario, líder de comunidad o alguna persona de la comunidad administra la medicación al paciente.

Familiar: cuando alguna persona de la Familia administra la medicación al paciente.

TOV (tratamiento observado por video) Puede reemplazar al TDO cuando la tecnología de comunicación está disponible tanto para el personal de salud y para el paciente (ej. Videollamada por whatsapp cuando el paciente toma los medicamentos)

Responsable del tratamiento (Firma y sello): registrar la firma y sello del personal de salud que está encargado de administrar el tratamiento al paciente.

Teléfono: anotar el número de teléfono línea baja o celular del responsable.

Signos de Intolerancia/RAM (Reacción Adversa a Medicamentos Antibacilar)

Si el paciente manifiesta algún evento adverso, el encargado de realizar TDO o el médico detectan la sospecha de RAFA, debe anotar fecha y signos, es importante realizar la notificación del caso en la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DNVS), a través del Departamento de Farmacovigilancia establece la notificación espontánea.

En esta sección, anotar los signos de RAM que se observe o relata el/a paciente (para ello, tener en cuenta la sección de RAFA de las Guías Nacionales de TB). Registrar también la fecha en la cual se presenta.

Resultado de Tratamiento (Colocar la fecha donde corresponda)

Se anotará la fecha en dd/mm/aa de acuerdo al Resultado de tratamiento, teniendo en cuenta las definiciones operacionales. **Curado, Tratamiento completo, Fracaso al tratamiento, Fallecido, Pérdida en el seguimiento y/o Traslado.**

Observación Importante

Este documento quedará en el Servicio de Salud donde el paciente realiza el tratamiento. En caso de trasladar al paciente esta cartulina debe quedar en el servicio que realiza el traslado.

Casos Nuevos y Retratados

Nro de Orden:

Región Sanitaria:

Distrito:

Establecimiento:

Responsable: No Teléfono:

Fecha de Diagnóstico: / / Fecha de Notificación: / /

Inició Tratamiento: No Sí Motivo:

Fecha de Inicio: / / Traslado

TDO/TAES: 1. Sí 2. No Esquema Tto.: Meses Total de Tto.:

1. Datos de Identificación

1.1. Documento de Id: CI Pasaporte Carnet indígena No porta No tiene Nro: Comprobar

1.2. Primer Nombre: 1.3. Segundo Nombre:

1.4. Primer Apellido: 1.5. Segundo Apellido:

1.6. Apellido casada:

1.7. Etnia: N/A Aplica 1.7.1. Especificar:

1.8. Fecha Nacimiento: / / 1.9. Edad: 1.10. Sexo: F M I

1.11. Lugar Nacimiento: Departamentos

1.12. Nacionalidad: Orientes

2. Datos de Residencia habitual

2.1. Departamento: Departamentos

2.2. Distrito: Distritos

2.3. Área: Urbana Rural Ubicar en Mapa Latitud: Longitud:

2.4. Barrio/Ciudad: Barrios

Otro:

2.5. Calle y Nro casa:

2.6. Referencia:

2.7. Nro Teléfono:

2.8. Penitenciaria: N/A Aplica Especificar:

3. Educación Formal y Situación Laboral

3.1. Nivel de Educación:

3.1.1. Inicial 3.1.2. Escolar Básica 3.1.3. Nivel Medio

3.1.4. Terciario/Universitario 3.1.5. Ninguno Completo Incompleto

3.2. Situación Laboral:

3.2.1. No Aplica 3.2.2. No Trabaja

3.2.3. Trabaja Lugar:

3.3.1. Profesión:

3.3.2. Ocupación:

4. Seguro Médico

Sí No No se sabe

4.1. Cuál:

4.1.1. IPS 4.1.2. Sanidad Policial

4.1.3. Sanidad Militar 4.1.4. Otro Especificar:

5. Clasificación de Riesgo de TB

5.1. Población de Riesgo

5.1.1. Contacto TB 5.1.2. Contacto TB-DR 5.1.3. Privado de libertad

5.1.4. Personal de Salud 5.1.5. Población Indígena 5.1.6. Situación de Calle

5.1.7. Situación de Hacinamiento 5.1.8. Migrante 5.1.9. No Aplica

5.2. Situación de Riesgo

5.2.1. Diabetes Tto Via Oral Tto Insulina

5.2.2. Tabaquismo Cant. Diaria: Años:

5.2.3. EPOC

5.2.4. Adicciones Especificar:

5.2.5. Trastorno Psíquico Especificar: Tto: Sí No

5.2.6. Otros Especificar:

5.2.7. No Aplica

5.3. Estado de VIH

5.3.1. CTV 5.3.2. PVIH

Consejería: Sí No Rechazó Test Menor de 18 meses ARV: Sí No

5.3.2 Resultado Test rápido: 0 1 Fecha: / /

6.4. Evaluación actual del Paciente

5.4.1 Peso 5.4.2 Talla(cm) 5.4.3 Embarazo: Sí No Edad Gestacional(sem)

5.4.4 Glicemia HGT(mg/dL) Glicemia Basal(mg/dL) Test Tolerancia Glucosa(mg/dL)

6. Resultados de Análisis de Laboratorio

6.1. Estudios de Diagnóstico:

En esta sección podrá ver y agregar informaciones de estudios de laboratorio, una vez que registre los datos básicos obligatorios de este formulario.

6.2. Otros Estudios de Diagnóstico:

Fecha: / /

7. Información sobre el caso de TB diagnosticado

7.1. Definición del Caso:

7.1.1. TB Bacteriológicamente confirmado 7.1.2. TB Clínicamente diagnosticado

7.2. Localización anatómica

7.2.1. Pulmonar 7.2.2. Extrapulmonar Especificar:

7.3. Resistencia a medicamentos

7.3.1. Sensible 7.3.2. Resistente

Monoresistente Poliresistente

TB-MDR TB-XDR TB-RR

7.4. Historia del Tratamiento previo

7.4.1. Paciente nuevo 7.4.2. Paciente con recaída

7.4.3. Paciente con tratamiento después de fracaso 7.4.4. Paciente con tratamiento después de pérdida en el seguimiento

7.4.5. Otros pacientes previamente tratados 7.4.6. Paciente con historia desconocida de tratamientos previos por TB

8. Datos de Alta

8.1. Tipo de Alta

8.1.1. Curado 8.1.2. Completó tratamiento 8.1.3. Fracaso

8.1.4. Defunción 8.1.5. Traslado-Salida 8.1.6. Pérdida de seguimiento 8.1.7. Tratamiento en curso 8.1.8. Sin Datos

8.2. Fecha Alta: / /

Observaciones:

Grabar Datos

[Volver]

Paraguay
de la gente

■ TETÁ REKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL



Formulario 3

Informe Mensual de Casos de TB
y Control de Tratamiento



Establecimiento de Salud: _____

Responsable: _____

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE CASOS DE TB Y CONTROL DE TRATAMIENTO. FORMULARIO 3

Consideraciones Generales: El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejerciendo presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados. Los datos registrados en el mismo son de notificación obligatoria. Los ítems sin dato deben ser cerrados con una línea o raya.

Este Formulario será llenado en el siguiente caso.

- 1. Cuando el Personal de Salud notifica a los casos de TB en seguimiento durante todo el ciclo del tratamiento del mismo.

Encabezado del Formulario

Región Sanitaria: Anotar el nombre de la Región Sanitaria en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Anotar al lado en **Código**, el número de código correspondiente a la Región Sanitaria. Ej.: Concepción.

Distrito: Anotar el nombre del distrito donde está ubicado el establecimiento de salud y en **Código** el número de código correspondiente al Distrito.

Establecimiento: Anotar el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realiza la atención. Anotar al lado en **Código**, el número de código correspondiente al servicio de salud.

Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que completa el Formulario.

Nro. de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que completa el Formulario (línea baja y/o celular)

Período del Informe: Anotar dd/mm/aa correspondiente al mes del informe. El período de informe será del 1 al 30 o 31 de cada mes. Ej.: 01/01/2017 hasta 31/01/2017, sin importar si el 1 o 30/31 de cada mes es un fin de semana o feriado, el período será el mencionado.

Mes: Anotar el nombre del mes del cual corresponde el informe. Ej.: Enero

Cuerpo del formulario

N° (Columna 1): Anotar el número (N°) de orden de los pacientes informados. Mes a mes inicia con el número "1" (uno).

N° de la Cédula de Identidad (Columna 2): Anotar el número (N°) del documento de identificación, en el caso de que no tenga número de documento asignar un Código. Usando las iniciales del primer nombre y primer apellido en mayúscula, seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo: José Martínez González- 15 de febrero de 1973. **JM150273**. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta la edad del paciente del año en curso. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería **JM010884**.

Nombres y Apellidos (Columna 3): Anotar con letra legible el nombre(s) y Apellido(s) del paciente con TB.

Fecha de Nacimiento (Columna 4): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del paciente con TB. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería **JM010884**.

Sexo (Columna 5): Anotar la inicial del sexo del paciente. M (masculino) o F (femenino).

Clasificación Pulmonar/Extrapulmonar (Especificar) (Columna 6): Anotar la localización anatómica de la TB, colocar "P" si es Pulmonar y la localización si es extrapulmonar. Ej.: Intestinal, Ganglionar, etc. Si cuenta con ambas localizaciones registrar ambas. Ej.: P, Miliar.

DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO

Bacteriología (Columna 7): Anotar en la celda superior, el resultado de baciloscopia. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar) (+) = 10-99 BAAR/100 campos, (++) = 1-10 BAAR/50 campos, (+++) = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda inferior, indicar la fecha de resultado de la muestra dd/mm/aa.

Cultivo (Columna 8): Anotar en la celda superior, el resultado obtenido. NEG = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias), (1) = 20-100 colonias, (++) = >100 colonias, (+++) = innumerables o crecimiento confluyente. Y en la celda inferior, indicar la fecha de siembra de la muestra dd/mm/aa.

Prueba de sensibilidad (Columna 9): Anotar en la celda superior, el resultado de la Prueba de Sensibilidad, si es sensible con las siglas S seguido de las siglas de los drogas a la cual es sensible, si es resistente anotar R, las siglas de las drogas a la cual es resistente. Ej.: S= "HZE" y en Resistente R= "HZE". Y en la celda inferior, indicar la fecha de siembra de la muestra dd/mm/aa.

GeneXpert (Columna 10): En la celda superior, anotar el resultado del análisis en cuanto al GeneXpert. T = MTB detectado. Resistencia a rifampicina no detectada, RR = MTB detectada, Resistencia a rifampicina detectada. T1 = MTB detectada, Resistencia a rifampicina indeterminada, N = MTB no detectada, I = inválido / sin resultados / error. Y en la celda inferior, indicar la fecha de toma de la muestra dd/mm/aa.

Otros Métodos de Diagnóstico (Columna 11): Registrar en la celda superior otros métodos que se haya realizado, ya sea este independiente al diagnóstico bacteriológico. Ej.: Rx (tomografía), Tx (tomografía), etc. En la inferior, la fecha en la cual se realizó el mencionado estudio.

Estado de VIH (Columna 12): Anotar en la celda superior, el código correspondiente al resultado del test de VIH, donde 0: No reactivo; 1: Reactivo; 2: Sin datos; 3: VIH (uro) es Reactivo. En la celda inferior, indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Tratamiento (Tto.)

Fecha de inicio de Tto. (Columna 13): Registrar la fecha en dd/mm/aa que el paciente inició su tratamiento ambulatorio.

Esquema de Tto. (Columna 14): Anotar el esquema de tratamiento (Tto.) que realiza el paciente. S (Esquema de TB Sensible), o R (Esquema de TB Resistente).

TDO/TAES (Columna 15): Anotar SI, si el paciente está bajo un tratamiento directamente observado (TDO), indistintamente de la localidad. Si se administra semanal o mensualmente, anotar NO.

Historia de Tto. Previo (Columna 16): Anotar solo el código de acuerdo a la Historia de tratamiento (Tto.) previo del paciente con TB. 1. Nuevo tratamiento. 2. Recidiva. 3. Fracaso al tratamiento. 4. Perifoneo en el Seguimiento. 5. Otros pacientes previamente tratados. 6. Con historia desconocida de tratamiento previo.

Mes de Tto. (Columna 17): Anotar en la diagonal superior el mes de tratamiento en que se encuentra el paciente y en la diagonal inferior el número del mes de tratamiento. Ejemplo: si el paciente se encuentra en su 3er mes de tratamiento, en un esquema sensible de 6 meses, anotar 3/6. En caso de prolongarse el tratamiento se debe registrar a cuantos meses más le faltó al tratamiento. Ej.: 3/6.

Estudio (Columna 18): Indique el tipo de estudio realizado. Ejemplo: Cultivo, GeneXpert, otros.

Laboratorio que procesa Control (Columna 20): Registrar el nombre del laboratorio que procesa la muestra. Ejemplo: Laboratorio Central de Salud Pública.

Egreso del tratamiento.

Alta (Columna 21): Anotar el número de código correspondiente al resultado del tratamiento del caso de TB. 1. Curado. 2. Tratamiento Completado. 3. Fracaso al Tratamiento. 4. Perifoneo en el Seguimiento. 5. Traslado. 6. Fallecido Otras condiciones de Egreso. 7. Descartado. 8. Pasa a Esquema TB DR de TB Resistente. 9. Tratamiento en Curso.

Fecha de Alta (Columna 22): Anotar la fecha en dd/mm/aa del último día que toma su medicamento ambulatorio. En caso de 8, Tratamiento en Curso tachar el ítem.

Observaciones (Columna 23): Anotar cualquier observación sobre el tratamiento que al personal de salud le parezca relevante, principalmente, si el paciente cambió de dirección de residencia, también si se agrega otra clasificación de acuerdo a la localización anatómica de la enfermedad. Por ej., si el paciente inició con una TB extrapulmonar de localización ganglionar y luego se le diagnostica una TB pulmonar también. Signos de intolerancia a RAM (Reacciones Adversas a Medicamentos Antibacilares)

1. Si el paciente manifiesta algún evento adverso, el encargado de realizar TDO o el médico delectan la sospecha de **RAFA**, debe anotar fecha y signos, es importante realizar la notificación del caso en la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DNVS), a través del Departamento de Farmacovigilancia establece la notificación espontánea.

En esta sección, anotar los signos de **RAFA** que se observe o refiera el paciente (para ello, tener en cuenta la sección de **RAFA** de las Guías Nacionales de TB). Registrar también la fecha en la cual se presenta.

2. En caso de prolongar el tratamiento en esta sección se debe justificar el motivo del mismo.

3. En caso de trasladar el caso, registrar el lugar a donde fue referido.

4. Registrar resultado de glicemia, peso, talla o cualquier otra información que no se haya registrado en el formulario 1.

Laboratorio que procesa la muestra, registrar el nombre del laboratorio que procesa la muestra tanto para diagnóstico o controles bacteriológicos.

Para el Experto

Agregar un botón de búsqueda similar al de casos para SR y Laboratorio.

Importante

El original debe ser remitido al PNCT, por cuanto se podrá especial cuidado en el registro del mismo. El **duplicado** queda en el servicio de Salud, el **triplicado** en el Distrito y el **cuadruplicado** en la RS (Región Sanitaria)

Fecha de remisión: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Remisión del Formulario del Servicio de Salud que remite al Nivel Superior. **Firma y Sello:** Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.

Fecha de Recepción Nivel Distrital: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel Distrital.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma.

Fecha de Recepción PNCT: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción a Nivel Nacional (PNCT).

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma.

Registros de Tratamientos

Región Sanitaria:

Distrito:

Establecimiento:

Nombre y Apellido del Paciente:

Nro. C.I del Paciente:

1. Nro. de Orden:

Categorías y Modalidades

Fase Inicial del Tratamiento:

Drogas: Dosis:

Administración del Tratamiento:

Supervisada Fase 1 SI NO Auto Administrado días

Modalidad de TAES:

1. En Servicio 2. Fuera del Servicio 3. En la Comunidad 4. Por un Familiar 5. TOV

Fase Continuación del Tratamiento:

Drogas: Dosis:

Administración del Tratamiento:

Supervisada Fase 2 SI NO Auto Administrado días

Modalidad de TAES:

1. En Servicio 2. Fuera del Servicio 3. En la Comunidad 4. Por un Familiar 5. TOV

Responsable del Tratamiento (TAES)

Nro. de Teléfono Responsable del Tratamiento

Seguimiento del Tratamiento

Año Tratamiento: Mes Tratamiento:

Fases: 1. Fase 1 2. Fase 2

Día 1: Día 2: Día 3: Día 4: Día 5: Día 6: Día 7: Día 8:

Día 9: Día 10: Día 11: Día 12: Día 13: Día 14: Día 15: Día 16:

Día 17: Día 18: Día 19: Día 20: Día 21: Día 22: Día 23: Día 24:

Día 25: Día 26: Día 27: Día 28: Día 29: Día 30: Día 31:

Drogas: Dosis:

Cantidad Comprimidos: Peso:

Bacteriología de Control:

Resultado:

Intolerancia y Toxicidad

Fecha: / / Signos de Intolerancia y Toxicidad:

Paraguay
de la gente

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL



LIBRO DE SEGUIMIENTO DEL CASO DE TB

Establecimiento de Salud: _____

Responsable: _____

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL LIBRO DE SEGUIMIENTO DEL CASO DE TUBERCULOSIS

Consideraciones Generales: El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos.

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

1. Cuando el Personal de Salud identifique un caso de TB.
2. Cuando el Personal de Salud cuente con casos de TB en seguimiento durante todo el ciclo del tratamiento del mismo.

Cuero del formulario

Nº (Columna 1): Anotar el número (Nº) de orden, del/a paciente, identificado/a en el servicio y/o en seguimiento en el mismo. Iniciar con el número "1" (uno) esto será correlativo hasta finalizar el año.

Fecha de inicio de tratamiento (Columna 2): Registrar la fecha en dd/mm/aa que el/a paciente inició su tratamiento antibacilar.

Nº de la Cédula de Identidad o Carné del Indígena (Columna 3): Anotar el número de cédula o carné del indígena, en caso de que no tenga y asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo: José Martínez González. 15 de febrero de 1973. JMT150273. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día del mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JMT010884.

Nombres y Apellidos (Columna 4): Anotar con letra legible el/los Nombre/s y Apellido/s del/a paciente con TB.

Nacionalidad (Columna 5): Anotar la nacionalidad del/a paciente con TB.

Etnia (Columna 6): Anotar la Etnia del/a paciente con TB si es indígena (Aché, Avá, Guaraní, Ayoreo, Mbyá, Maká, etc.), Si no es indígena escriba NA (No aplica).

Fecha de nacimiento (Columna 7): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del/a paciente con TB. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JMT010884.

Edad (Columna 8): Anotar la edad del/a paciente con TB, en años cumplidos.

Sexo (Columna 9): Anotar la inicial del sexo del paciente que recibe quimioprofilaxis. M (masculino) o F (femenino).

Residencia Habitual.

DOMICILIO (Distrito, Barrio o Comunidad o Comunidad Indígena, Calle, Nº de casa, Referencias) (Columna 10): Escribir el nombre del Barrio, Comunidad, Asentamiento o Comunidad Indígena, nombre/s de las Calle/s y el Nº de casa y el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio del/a paciente con TB.

Nº Telefónico (Columna 11): Anotar el número de teléfono (línea fija y/o celular) del/a paciente con TB o de algún referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el mismo.

Servicio de Salud que Identifica (Columna 12): Anotar el número de código correspondiente al Servicio de Salud que identifica al paciente con TB. 1. MSP/PS; 2. Hospital de Clínicas; 3. Sanidad Militar; 4. Sanidad Policial; 5. IPS; 6. Penitenciaria; 7. Servicios de Salud Privados (especificar cuál); 8. Otros (especificar cuál)

Identificado por (Columna 13): Anotar el número de código correspondiente del Personal de Salud que identifica al caso de TB. 1. Médico/a; 2. Enfermera/o; 3. Obsteira; 4. Promotor Voluntario indígena; 5. Otro (especificar cuál).

Clasificación Pulmonar/Extrapulmonar (Especificar) (Columna 14): Anotar la localización anatómica de la TB, colocar "P" si es Pulmonar y "EP" si es Extrapulmonar, en caso de ser extrapulmonar se debe especificar la localización. Ej: EP intestinal

TRATAMIENTO

Esquema de Tratamiento (Columna 15): Anotar el esquema de tratamiento (Tto), que realiza el/a paciente. S (Esquema de TB Sensible), o R (Esquema de TB Resistente).

TOOTAES (Columna 16): Anotar Si, si el paciente está bajo un tratamiento directamente observado (TDO), indistintamente de la modalidad. Si se administra semanal o mensualmente, anotar Mo.

Modalidad del TAES (Columna 17): Anotar de acuerdo a la Modalidad 1, Servicio 2, Fuera del Servicio 3. En la Comunidad 4, Familiar 5, TOV (tratamiento observado por video).

Historia de Tto. Previo (Columna 18): Anotar solo el código de acuerdo a la Historia de tratamiento (Tto) previo del/a paciente con TB, 1. Nuevo 2. Recaida 3. Fracaso al tratamiento 4. Pérdida en el Seguimiento 5. Otros pacientes previamente tratados 6. Con historia desconocida de tratamiento previo.

DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO

Baciloscoopia (Columna 19): Anotar en la celda superior, el resultado de baciloscoopia. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucobacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos (paucobacilar), ++ = 10-99 BAAR/100 campos, +++ = >10 BAAR/50 campos, ++++ = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda inferior, **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Cultivo (Columna 20): Anotar en la celda superior, el resultado obtenido. NEG = reportado sin crecimiento, (1-9) = <10 colonias (reportar número de colonias), ++ = >100 colonias, +++ = >1000 colonias, ++++ = innumerables o crecimiento confluyente. Y en la celda inferior, indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Prueba de sensibilidad (Columna 21): Anotar en la celda superior, el resultado de la Prueba de Sensibilidad, si es sensible con las siglas de las drogas a la cual es sensible; si es Resistente anotar las siglas de las drogas a la cual es resistente. Sensible: "HZE" y en Resistente "R". En la celda inferior, indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

GeneXpert (Columna 22): En la celda superior, anotar el resultado del análisis en cuanto al GeneXpert. T = MTB detectado, Resistencia a rifampicina no detectada, RR = MTB detectada, Resistencia a rifampicina detectada, TI = MTB detectada, Resistencia a rifampicina indeterminada, N = MTB no detectada. I = Invalidez / sin resultados / error. En la celda inferior indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

No realizado (Columna 23): Marcar con una "X" en caso de que no se haya realizado ningún estudio de diagnóstico bacteriológico.

Otros Métodos de Diagnóstico (Columna 24): Registrar otros métodos que se haya realizado, ya sea este independiente al diagnóstico bacteriológico. Ej: Rx (radiografías), Tx (tomografías), etc. Registrar esto en la celda superior y en la inferior, la fecha en la cual se realizó el mencionado estudio.

BACILOSCOPIA DE CONTROL

1º (Columna 25): Anotar la baciloscoopia de control realizada al paciente si corresponde al primer mes de tratamiento. Anotar en la celda superior, el resultado de baciloscoopia. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucobacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda inferior, **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

2º (Columna 26): Anotar la baciloscoopia de control realizada al paciente si corresponde al segundo mes de tratamiento. Anotar en la celda superior, el resultado de baciloscoopia. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucobacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda inferior, **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

3º (Columna 27): Anotar la baciloscoopia de control realizada al paciente si corresponde al tercer mes de tratamiento. Anotar en la celda superior, el resultado de baciloscoopia. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucobacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda inferior, **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

4º (Columna 28): Anotar la baciloscoopia de control realizada al paciente si corresponde al cuarto mes de tratamiento. Anotar en la celda superior, el resultado de baciloscoopia. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucobacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda inferior, **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

5º (Columna 29): Anotar la baciloscoopia de control realizada al paciente si corresponde al quinto mes de tratamiento. Anotar en la celda superior, el resultado de baciloscoopia. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucobacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda inferior, **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

6º (Columna 30): Anotar la baciloscoopia de control realizada al paciente si corresponde al sexto mes de tratamiento. Anotar en la celda superior, el resultado de baciloscoopia. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucobacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda inferior, **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

7º (Columna 31): Anotar la baciloscoopia de control realizada al paciente si corresponde al séptimo mes de tratamiento. Anotar en la celda superior, el resultado de baciloscoopia. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucobacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda inferior, **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

8º (Columna 32): Anotar la baciloscoopia de control realizada al paciente si corresponde al octavo mes de tratamiento. Anotar en la celda superior, el resultado de baciloscoopia. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucobacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda inferior, **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

9º (Columna 33): Anotar la baciloscoopia de control realizada al paciente si corresponde a más del octavo mes de tratamiento. Anotar en la celda superior, el resultado de baciloscoopia. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucobacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda inferior, **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Consejería-Test Ofrecido (Columna 34): Anotar Si en el caso de que el/a paciente recibió consejería de VIH y Mo si no recibió consejería de VIH.

Estado de VIH (Columna 35): Anotar en la celda superior, el código correspondiente al código del resultado del test de VIH, donde **0** (cero) es **No Reactivo y 1** (uno) es **Reactivo**. **2** Sin Dato (en el caso de no contar aun con los datos o que el paciente muera antes del test de VIH), **3** PVIH (paciente conocido con VIH). En la celda inferior, indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Está recibiendo Cotrimoxazole (Columna 36): Anotar **S** en el caso de que ella paciente coinfestado recibe Cotrimoxazole y **No** si no recibe. Si el paciente no es coinfestado anotar **NA** (No Aplica).

TTO ARV (Columna 37): Anote las iniciales de los ARV (Antirretrovirales) que está recibiendo el paciente coinfestado, en el caso de no recibir ARV anotar **Ne**. Si el paciente no es coinfestado anotar **NA** (No Aplica).

Consejería

Inicio de Tto. (Columna 38): Anotar la Fecha en dd/mm/aa que recibió su consejería inicial al tratamiento.

Inicio 2ª Fase (Columna 39): Anotar la Fecha en dd/mm/aa que ella paciente recibió su consejería antes del inicio de la segunda fase del tratamiento.

Final del tto. (Columna 40): Anotar la Fecha en dd/mm/aa que ella paciente recibió su consejería al finalizar su tratamiento.

Otros (Columna 41): Anotar la Fecha en dd/mm/aa que ella paciente recibió su consejería.

Control de contactos (Columna 42): Anotar el número de contactos investigados y reportado en el F4.

Resultado de tratamiento.

Resultado (Columna 43): Anotar el número de código correspondiente al resultado del tratamiento del caso de TB. 1. Curado 2. Tratamiento Completo 3. Fracaso al Tratamiento 4. Pérdida en el Seguimiento 5. Traslado 6. Fallecido **Otras condiciones de Egreso:** 7. Descartado 8. Pasa a Esquema TB DR

Fecha (Columna 44): Anotar la fecha en dd/mm/aa que es dado de alta ella paciente.

Observaciones (Columna 45): Anotar cualquier observación sobre el tratamiento que al personal de salud le parezca relevante, principalmente, si el paciente cambio de dirección de residencia, también si se agrega otra clasificación de acuerdo a la localización anatómica de la enfermedad. Por ej., si el paciente inició con una TB extrapulmonar de localización ganglionar y luego se le diagnostica una TB pulmonar también.

Importante: Debe ser actualizado de acuerdo a según vayan recibiendo la información. Este Documento no es de notificación.



■ TETÁ REKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente



Tarjeta de Tratamiento TB-DR

Fecha de identificación:		Fecha de Notificación:	
Documento de Identificación:	C.I. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Indígena <input type="checkbox"/> N°	No porta <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> H.C. N°	
Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Apellido de casada:		Edad:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Etnia:	No Aplica <input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Especificar:		
Penitenciaria:	No Aplica <input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Especificar:		
Peso inicial (Kg):	Talla (cmts.):	IMC:	
Lugar de Nacimiento:		Nacionalidad:	
Lugar de Residencia:			
Área:	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Barrio / Comunidad Indígena:		
Calle y N° de Casa:		N° Teléfono / Celular:	
Seguro médico: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Especificar:			
Referencia:			



TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente



Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Servicio de Salud: _____
 Distrito: _____
 Departamento: _____
 Nivel de educación: _____
 Profesión/Ocupación: _____
 Mujer en edad reproductiva: Sí No
 Método anticonceptivo utilizado: _____
 Embarazo Lactancia
 Localización Anatómica:
 Pulmonar Extrapulmonar Ambos

VIH
 Consejería Sí No Rechazó test
 Test rápido para VIH: 0 1 PVIH
 Fecha del test: / /
 Inicia ARV: Sí No
 Inicia TMP/SMX: Sí No
Diabetes
 Prueba de glicemia Sí No
 Fecha de la prueba: / / _____mg/dl
 Si tiene diagnóstico de Diabetes,
 recibe tratamiento Sí No
 Hipoglucemiantes orales: _____

Grupo de Registro

Según historia de tratamiento cuando se tomo el esputo que mostro TB-DR	Marcar solo uno
Nuevo (nunca recibió medicamentos anti-TB y si los recibió fue por menos de 30 días consecutivos) final de su último tratamiento y ahora es diagnosticado con un episodio recurrente de TB)	<input type="checkbox"/>
Recada (paciente que ha sido previamente tratado por TB y que fue declarado como curado o tratamiento completo al final de su último tratamiento y ahora es diagnosticado con un episodio recurrente de TB)	<input type="checkbox"/>
Después de fracaso (es aquel paciente previamente tratado por TB y que su último tratamiento fracasó)	<input type="checkbox"/>
Después de la pérdida en el seguimiento al tratamiento (paciente que fue tratado por TB y declarado perdido en el seguimiento al final de su último tratamiento)	<input type="checkbox"/>
Otro (paciente tratado previamente por TB, sin resultado conocido o documentado del último tratamiento)	<input type="checkbox"/>

Historial Farmacológico

Episodios previos de tratamiento de Tuberculosis			
Nº	Fecha de inicio (Si se desconoce escriba el año)	Régimen (Abreviaturas de Fármacos)	Resultado

Diagnóstico actual de TB Drogoresistente

TB Monorresistente a H TB Poliresistente
 TB RR TB MDR
 TB Pre XDR (MDR + Iny 2da. Línea)
 TB Pre XDR (MDR + Fluoroquinolona)
 TB XDR
 Uso de medicamentos de 2da línea
 Sí No
 ¿Cuáles? _____

Medicamentos recomendados para el Tratamiento TB RR/MDR

Grupo	Medicamentos	Observación
A.	Lfx = Levofloxacina Q Mfx = Moxifloxacina Bd= Bedaquiline, Lzd= Linezolid	Incluir a los 3 medicamentos (excepto que no pueda utilizarse)
B.	Cs = Cycloserina, Cfz = Clofazimina Q Trd= Terizidona	Añadir 2 medicamentos (excepto que no pueda utilizarse)
C.	E = Etambutol, Dlm= Delamanid, Z= Pirazinamida, Ipm-Cln = Imipenem-Cilastatina Q Mpm= Meropenem, Am= Amikacina (Q S=Streptomicina), Eto= Etionamida Q Pto=Protionamida, PAS = Ácido Para amino-salicílico	Añadir para completar el régimen cuando los medicamentos del Grupo A y B no puedan ser utilizados

Co-morbilidades:
 Diabetes Mellitus
 Insuficiencia renal crónica
 Insuficiencia hepática
 Tto. con inmunosupresores
 Cirugía Pulmonar previa
 Enfermedades mentales

Factores de Riesgo y vulnerabilidad:
 Irregularidad en el tratamiento, perdida en el seguimiento, tto. no supervisado
 Contacto paciente fallecido de TB
 Contacto de TB RR/MDR/XDR

Otros:
 Personas que viven en albergues
 Personas que viven en la calle
 Centros mineros/picapedreros
 Alcohol
 Tabaco
 Drogas

Pruebas y procedimientos

Número de ficha TB-MDR:

Indicar fecha de la prueba o procedimiento	Mes 0	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Observaciones
1. Pruebas de laboratorio														
Hemoglobina														
Recuento de plaquetas														
Recuento de leucocitos														
Recuento de neutrófilos														
Glicemia														
Electrolitos - Potasio (K)														
Electrolitos - Sodio (Na)														
Electrolitos - Sodio (Ca)														
Electrolitos - Sodio (Mg)														
Urea														
Creatinina														
Lipasa pancreática														
Amilasa pancreática														
Albumina sérica														
Acido Úrico														
2. Función hepática														
ALT (SGPT)														
AST (SGOT)														
Bilirrubina														
3. EKG (evaluación QT)														
4. Evaluar alteraciones auditivas														
Zumbido, vértigo, alucinaciones auditivas														
Audiometría														
5. Preguntar por síntomas de neuropatía periférica														
6. Evaluar alteraciones visuales														
7. Evaluar trastornos mentales														
8. Otros														

Registro de resultados alterados en eventos adversos

Número de ficha TB-MDR:

Indicar fecha del evento	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Observaciones
1. Alteraciones de los parámetros de laboratorio													
Anemia													
Trombocitopenia (<100.000/mm ³)													
Leucopenia (<4.500/mm ³)													
Neutropenia (<1.000/mm ³)													
Hiper glucemia (>126 mg/dl)													
Hiperpotasemia (>5,5 mmol/l)													
Hiponatremia (<135 mEq/l o 135 mmol/l)													
Hipocalcemia (< 8,5 mg/dl o 2,1 mmol/l)													
Hipomagnesemia (<1,8 mg/dl o 0,7 mmol/l)													
Hiperuricemia (> 7 mg/dl en hombres y >5,7 mg/dl en mujeres)													
Aumento de la creatinina (> 1,3 md/dl en hombres y >1,1 mg/dl en mujeres)													
2. Hepatotoxicidad													
ALT (SGPT)													
AST (SGOT)													
Bilirrubina													
3. Prolongación del intervalo QT (< 450 ms en hombres, 470 ms en mujeres y 460 ms en niños)													
4. Ototoxicidad													
Tinnitus													
Pérdida de la audición													
5. Neuropatía periférica / parestesia													
6. Disminución de la agudeza visual o cambios en la percepción de los colores													
7. Trastornos mentales (indicar cuál)													
8. Tendinopatía													
9. Alteraciones gastrointestinales medicamente atendida													
10. Evento adverso del embarazo (ejem: aborto, malformación congénita)													
11. Todo otro evento medicamente atendida manifestado por el paciente o del conocimiento del profesional: indicar cuál													
12. Gravedad de los eventos (grave / no grave)													

Pruebas y procedimientos

Número de ficha TB-MDR:

Indicar fecha de la prueba o procedimiento	Mes 13	Mes 14	Mes 15	Mes 16	Mes 17	Mes 18	Mes 19	Mes 20	Mes 21	Mes 22	Mes 23	Mes 24	Observaciones
1. Pruebas de laboratorio													
Hemoglobina													
Recuento de plaquetas													
Recuento de leucocitos													
Recuento de neutrófilos													
Glicemia													
Electrolitos - Potasio (K)													
Electrolitos - Sodio (Na)													
Electrolitos - Sodio (ca)													
Electrolitos - Sodio (Mg)													
Urea													
Creatinina													
Lipasa pancreática													
Amilasa pancreática													
Albumina sérica													
Acido Úrico													
2. Función hepática													
ALT (SGPT)													
AST (SGOT)													
Bilirrubina													
3. EKG (evaluación QT)													
4. Evaluar alteraciones auditivas													
Zumbido, vértigo, alucinaciones auditivas													
Audiometría													
5. Preguntar por síntomas de neuropatía periférica													
6. Evaluar alteraciones visuales													
7. Evaluar trastornos mentales													
8. Otros													

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO “HOJA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA DE PACIENTE TRASLADADO”

Consideraciones Generales: El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejerciendo presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados. Los datos registrados en el mismo son de notificación obligatoria.

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

1. Cuando el Personal de Salud traslada al caso de TB de su Servicio de Salud a otro.
2. Cuando el Personal de Salud ingresa y realiza la contrareferencia del caso de TB a Servicio de Salud de otro.

Encabezado del Formulario

Región Sanitaria: Anotar el nombre de la Región Sanitaria, en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.

Distrito: Anotar el nombre del Distrito, en el cual está ubicado el establecimiento de salud. Código: registrar el número que corresponde al Distrito.

Establecimiento: Anotar el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realiza la atención. Código: registrar el número que corresponde al establecimiento de salud.

Código: Registrar el número que corresponde a la Región Sanitaria.

Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que brinda el servicio al usuario.

Nro. de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que brinda el servicio (línea baja y/o celular)

Fecha de Identificación: Anotar dd/mm/aa (dd: día, mm: mes y aa: año) en que el caso de TB es identificado independientemente del servicio que identifica.

Fecha de Notificación: Anotar dd/mm/aa en que el caso de TB es notificado al Nivel Nacional. En el caso de que la misma se encuentre vacía, implicaría que el caso no fue notificado aún.

Fecha del Traslado: Anotar dd/mm/aa en que el caso de TB es trasladado del Servicio de Salud.

Cuerpo del formulario

1. Datos de Identificación

1.1. Documento de identificación: en el círculo correspondiente debe marcar con una “X” el tipo de documento – sea este CI (Cédula de Identidad), pasaporte o carné indígena – y posteriormente en Nro. el número del documento. Y en el caso de que no tenga consigo su documento y no conozca el número porta marcar con una “X” el círculo que indica No porta. En caso de no tener documento de identidad marcar con una “X” el círculo que indica que No tiene. En ambos casos (No porta o No tiene) asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo. José Martínez González- 15 de febrero de 1973. JM150273. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería JM010884.

1.2. Nombres y Apellidos: Anotar con letra legible el/los Nombre/s y Apellido/s del/la paciente con TB.

1.3. Fecha de Nacimiento: anotar la fecha: día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del paciente. Si desconoce la fecha de nacimiento aplicar el proceso descrito en el 1.1., para ese caso.

1.4. Edad: Anotar la edad del/la paciente, en años cumplidos.

1.5. Sexo: Marcar con una “X” en el círculo correspondiente al sexo, M (masculino) o F (femenino).

1.6. Etnia: marcar con “X” en No Aplica en caso que el/la paciente con TB no es indígena, y Aplica, en el caso de ser indígena.

1.7. Referencia: En el caso que Aplique el Ítem de Etnia especificar la parcialidad o pueblo indígena al cual pertenece. Ejemplo: Aché, Avá Guarani, Ayoreo, Mbya, Maka, otros.

1.8. Lugar de Nacimiento: anotar el lugar de nacimiento del paciente ciudad/departamento.

1.9. Nacionalidad: anotar la nacionalidad del/la paciente.

2. Datos de Residencia Habitual

2.1. Departamento: escribir el nombre del departamento en el que habitualmente reside el/la paciente.

2.2. Distrito/Ciudad: escribir el nombre del distrito y/o ciudad, en el que habitualmente reside el/la paciente.

2.3. Área: Marcar con una “X” el círculo correspondiente al área en la que reside el/la paciente según corresponda: urbana o rural.

2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena: escribir el nombre del barrio, compañía, asentamiento o comunidad indígena en el que reside el/la paciente.

2.5. Calle y Nro. de Casa: anotar el/los nombre/s de la/s calle/s y el Nro. de casa en el que reside el/la paciente o Nro. de departamento en caso que resida en un edificio.

2.6. Referencia: escribir el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio de el/la paciente.

2.7. Nro. de Teléfono: anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) de el/la paciente ó de algún referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el paciente.

2.8. Penitenciaria: Marcar con una “X” el círculo No Aplica si el/la paciente no se encuentra recluido en una penitenciaria y Aplica si el/la paciente se encuentra en algún centro penitenciario, en este caso Especificar el nombre del mismo.

3. Clasificación de Riesgo de TB

3.1. Población de Riesgo: marcar con una “X” el/los círculos correspondientes a la situación del paciente de acuerdo a:

3.1.1. Contacto de un caso de TB: si el/la paciente tiene un contacto de TB sensible sea pulmonar y/o extrapulmonar.

3.1.2. Contacto de un caso de TB DR (TB Drogo Resistente): si el/la paciente tiene un contacto de TB resistente sea pulmonar y/o extrapulmonar.

3.1.3. Persona privada de su libertad: si el/la paciente esta o estuvo privado de su libertad.

3.1.4. Personal de salud: si el/la paciente es Personal de Salud, sea administrativo o técnico.

3.1.5. Población indígena: si el/la paciente corresponde a un pueblo indígena.

3.2 Situación de Riesgo, marcar con una “X” el círculo de acuerdo a la situación de riesgo que presente el paciente.

3.2.1. Diabetes: si el/la paciente padece de Diabetes Mellitus marcar Sí; en caso de no padecer de la enfermedad marcar No; si el paciente y/o personal de Salud no conoce de su patología marcar Desconoce.

3.2.2. Tabaquismo: si el/la paciente fuma marcar Sí; en caso de no fumar o haber dejado de fumar por más de un año marcar No. En el caso de que el paciente fume indicar la Cantidad diaria: indicar en paquetes/año (cantidad de cigarrillos por día x año/20. Ejemplo: la persona fuma 10 cigarrillos por día por 30 años: 10 x 30/20= 15). Años, indicar el número de años que lleva fumando.

3.2.3. EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): si el/la paciente padece de EPOC marcar Sí; en caso de no padecer de la enfermedad marcar No; si el paciente y/o personal de Salud no conoce de su patología marcar Desconoce.

3.2.4. Adicciones: si el/la paciente tiene adicción a sustancias nocivas marcar Sí; en caso de no tener ninguna adicción de sustancias nocivas marcar No. En caso afirmativo Especificar tipo de sustancia (alcoholismo, drogas ilícitas- crack, marihuana, cocaína, inyectables, popper, cola de zapatero, éxtasis, etc.)

3.2.5 Otros: especificar otros tipos de padecimientos que se considere de riesgo. (colagenopatías, neoplasias, con trasplante de órganos, diálisis, etc.).

3.3 Factor de riesgo: marcar con una “X” el círculo correspondiente.

3.3.1. VIH: en caso que el/la paciente sea un caso conocido de VIH.

3.3.2. CTV: si el Personal de Salud ofreció la CTV (Consejería y testeo voluntario para el VIH).

3.3.2.1. Consejería: marcar con una “X” en el círculo Sí, en el caso que el/la paciente recibió consejería o No, en el caso que no la recibió.

3.3.2.2. Rechazó test: marcar con una “X” en el círculo rechazó el test, en el caso que el/la paciente se niega a realizar el test rápido de VIH.

3.3.2.1.1. Resultado de Test rápido: Si lo realizó indicar el resultado del test del test rápido marcando con una “X” en el círculo del resultado, donde 0 (cero) es No Reactivo y 1 (uno) es Reactivo. Fecha: indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aaaa.

4. Resultado de Análisis de Laboratorio

4.1. En la casilla Tipo de Muestra, especificar el tipo de muestra analizada. Ej.: Espudo, LCR, Secresiones, etc.

En la fila correspondiente, Anotar los resultados y fechas, del diagnóstico.

Baciloscopia: Anotar el resultado de baciloscopia. 0 = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Cultivo: Anotar en la celda correspondiente, el resultado obtenido. 0 = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias), + = 20-100 colonias, ++ = >100 colonias, +++ = innumerables o crecimiento confluyente; CC= Cuando el Cultivo es Contaminado. Y en la celda Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Tipificación: en la celda correspondiente a la muestra seleccionada, anotar el resultado de la tipificación (MTB (Mycobacterium tuberculosis) o NoMTB (No Mycobacterium tuberculosis)). Y en la celda Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

PSD (Prueba de sensibilidad): Anotar en la celda correspondiente a la muestra seleccionada, el resultado de la Prueba de Sensibilidad, en la columna Sensible anotar las sigla de la/s droga/s a la cual es sensible y en la columna Resistente anotar las sigla de la/s droga/s a la cual es resistente. Ejemplo: en la casilla Sensible: "HZE" y en Resistente "R". Fechas indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

GeneXpert: en la celda correspondiente a la muestra seleccionada, anotar el resultado del análisis en cuanto al GeneXpert. T = MTB detectado, Resistencia a rifampicina no detectada, RR = MTB detectada, Resistencia a rifampicina detectada, TI = MTB detectada, Resistencia a rifampicina indeterminada, N = MTB no detectada, I = inválido / sin resultados / error. Fechas indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

4.2. Otros estudios de diagnóstico: Anotar otro/s estudio/s realizados y los resultados del mismo. Fecha indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

5. Información sobre el Caso de TB.

5.1 Definición del Caso: Marcar con una "X" el círculo correspondiente al tipo de diagnóstico realizado.

5.1.1. TB Bacteriológicamente confirmado.

5.1.2. TB clínicamente diagnosticado.

5.2. Localización Anatómica: Marcar con una "X" el círculo correspondiente a la localización anatómica de la enfermedad.

5.2.1. Pulmonar

5.2.2. Extrapulmonar. En el Caso de Extrapulmonar Especificar: anotando la localización de la misma.

5.3. Resistencia a medicamentos: Marcar con una "X" la opción correspondiente a las pruebas de sensibilidad a los medicamentos (PSD) de los aislados clínicos confirmados como M. tuberculosis:

5.3.1. Sensible.

5.3.2. Resistente.

En el caso de ser Resistente Marcar con una "X" la clasificación de la Resistencia: Monoresistente, Poliresistente, TB-MDR, TB-XDR, TB-RR.

5.4. Historia de Tratamiento previo: Marcar con una "X" una de las opciones de acuerdo a la clasificación basada en la historia de tratamiento previo de TB independiente de la confirmación bacteriológica o localización de la enfermedad:

5.4.1. Paciente Nuevo

5.4.2. Paciente con recaída

5.4.3. Paciente con tratamiento después de fracaso

5.4.4. Paciente con tratamiento después de la pérdida en el seguimiento

5.4.5. Otros pacientes previamente tratados

5.4.6. Paciente con historia desconocida de tratamientos previos por TB

6. Información sobre tratamiento actual

6.1 Inicio del Tratamiento: anotar dd/mm/aaaa de inicio del tratamiento. Peso: indicar en Kg el peso del/la paciente al momento del traslado.

6.2 Esquema de Tratamiento: Anotar el esquema de tratamiento (Esquema de TB Sensible o Esquema de TB Resistente) y la fase (1 o 2). En las celdas inferiores, en cada casilla correspondiente a la Dosis anotar dosis diaria (Comprimido) debajo de la droga correspondiente según esquema y en cada casilla correspondiente a Meses la cantidad de meses de tratamiento. Ejemplo: 4 comprimidos al día, 2 meses.

En la casilla Debe continuar especificar la droga, dosis diaria (comprimido) y el tiempo en meses. Ejemplo: Continuar con HR 2 comprimidos por 4 meses

6.3. Nombre del responsable del tratamiento: Anotar el nombre y apellido del médico o personal de salud tratante del/la paciente trasladado/a.

Nro. de Registro: Anotar el número de registro de profesional de salud si corresponde, en caso que no aplique este registro, anote NA.

Firma del Responsable: Registrar de firma del responsable del trasladado. Sello personal y del servicio de salud.

Debe presentarse al Servicio de Salud: Anotar el nombre del servicio de salud al cual debe presentarse el/la paciente, de la: anotar en números romanos la Región Sanitaria a donde el paciente es trasladado.

El Servicio de Salud que traslada al paciente está obligado a informar al Establecimiento receptor sobre el mismo. A su vez, el establecimiento receptor está obligado a informar la recepción del mismo. También debe informar cuando el paciente no acudió al Establecimiento de Salud de referencia describiendo las medidas correctivas utilizadas para conocer el destino del paciente.

Una vez que reciba el original de este formulario la unidad receptora del paciente debe cortar el formulario para su remisión al Servicio de Salud remitente del paciente de TB y llenar cuanto sigue:

PARA ENVIAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ORIGEN

Establecimiento de Salud receptor: Anotar el nombre del servicio de salud que recepciona al paciente.

Región Sanitaria: anotar en números romanos, la Región Sanitaria respectiva.

Nombres y Apellidos del paciente referido: Anotar el mismo nombre registrado en 1.2 del presente formulario

Referido por el Establecimiento de Salud: Anotar el nombre que aparece en el encabezado del formulario con su respectiva Región Sanitaria.

Fecha: Anotar dd/mm/aaaa en que ha sido recibido el paciente.

Responsable: Anotar nombre y apellido, Firma y sello: registro de firma del responsable, el personal de salud que haya recibido al paciente.

Observación Importante. El Original se le debe dar al paciente y debe ser archivado en el establecimiento receptor, el Duplicado para el servicio de salud que traslada y el Triplicado para el encargado de la región.



TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
Miteromásha
Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente



HOJA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA

Región Sanitaria: _____		Código _____	
Distrito: _____		Código _____	
Establecimiento: _____		Código _____	
Responsable: _____		Nro. de Teléfono _____	
Fecha de Identificación: ____/____/____		Fecha de Notificación: ____/____/____	
		Fecha de Traslado: ____/____/____	

1. Datos de Identificación

1.1. Documento de Identificación: C.I. Pasaporte Carné Indígena Nro. _____ No porta No tiene

1.2. Nombres y Apellidos: _____

1.3. Fecha de Nacimiento: ____/____/____

1.4. Edad: _____ 1.5. Sexo F M

1.6. Etnia: Aplica No Aplica

1.7. Especificar: _____

1.8. Lugar de Nacimiento: _____

1.9. Nacionalidad: _____

2. Datos de Residencia

2.1. Departamento: _____

2.2. Distrito/Ciudad: _____

2.3. Área: Urbana Rural

2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena: _____

2.5. Calle y Nro. de Casa _____

2.6. Referencia: _____

2.7. Nro. de Teléfono: _____

2.8. Penitenciaria: No Aplica Aplica Especificar: _____

3. Clasificación de Riesgo

3.1. Población de Riesgo

3.1.1. Contacto TB

3.1.2. Contacto TB-DR

3.1.3. Privado de libertad

3.1.4. Personal de Salud

3.1.5. Población indígena

3.2. Situación de Riesgo

3.2.1. Diabetes No Desconoce

3.2.2. Tabaquismo Sí No Cantidad diaria _____ Años _____

3.2.3. EPOC Sí No Desconoce

3.2.4. Adicciones Sí No Especificar: _____

3.2.5. Otro _____

3.3 Factor de Riesgo

3.3.1. PVH

3.3.2. CTV

3.3.2.1. Consejería: Sí No

3.3.2.2. Rechazó test

3.3.2.1.1. Resultado Test rápido: 0 1 Fecha: ____/____/____

4. Resultado de Análisis de Laboratorio (registre los resultados obtenidos antes del traslado)

Tipo de Muestra	Análisis de Laboratorio	Baciloscopia	Cultivo	Tipificación	PSD		Gene Xpert
					Sensible	Resistente	
	Resultado						
	Fechas	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

Otros estudios de diagnóstico: _____ Fecha: ____/____/____

5. Información sobre el caso de TB

5.1. Definición del Caso

5.1.1. TB Bacteriológicamente Confirmado

5.1.2. TB Clínicamente Diagnosticado

5.2. Localización Anatómica

5.2.1. Pulmonar

5.2.2. Extrapulmonar Especificar: _____

5.3. Resistencia a Medicamentos

5.3.1. Sensible

5.3.2. Resistente

Monorresistente

Polirresistente

TB-MDR

TB-XDR

TB-RR

5.4. Historia del Tratamiento Previo

5.4.1. Paciente Nuevo

5.4.2. Paciente con recaída

5.4.3. Paciente con tratamiento después de fracaso

5.4.4. Paciente con tratamiento después de la pérdida en el seguimiento

5.4.5. Otros pacientes previamente tratados

5.4.6. Paciente con historia desconocida de tratamientos previos por TB

6. Información sobre Tratamiento Actual

6.1. Inicio del tratamiento: ____/____/____ Peso: _____

6.2. Esquema de tratamiento: _____ (favor indique en la casilla respectiva la dosis y cantidad de meses)

Droga	HRZE	HR	R	Z	E	S	Km	Cm	Cs	Cs	Eto	PAS	Lfx	Debe continuar con (especificar con):
Dosis Comp.														
Meses														

Observaciones: _____

6.3. Nombre del Responsable del Tratamiento: _____ Nro. de Registro: _____

Firma del Responsable: _____ Sello: _____

Debe presentarse al Servicio de Salud: _____ de la: _____ Región Sanitaria. El Servicio de Salud que traslada al paciente está obligado a informar al Establecimiento receptor sobre el mismo. A su vez, el establecimiento receptor está obligado a informar la recepción del mismo. También debe informar cuando el paciente no acudió al Establecimiento de Salud de referencia describiendo las medidas correctivas utilizadas para conocer el destino del paciente.

PARA ENVIAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ORIGEN

Establecimiento de Salud receptor: _____ Región Sanitaria: _____

Nombres y Apellidos del paciente referido: _____

Referido por el Establecimiento de Salud: _____ Región Sanitaria _____ en Fecha: ____/____/____

Responsable: _____ Firma y sello: _____

Trasladados de Pacientes

Región Sanitaria:

Distrito:

Establecimiento:

Nro. de Orden:

1. Fecha Traslado / /

Datos de Identificación

2. Documento de Identificación 1. C. Identidad 2. Pasaporte Nro: 3. No porta 4. No tiene
 5. No se conoce 6. Carnet Indígena

3. Apellido(s) y Nombre(s) Primer Nombre Segundo Nombre
 Primer Apellido Segundo Apellido
 Apellido de Casada

4. Etnia 1. No aplica 2. Aplica 5. Fecha de Nacimiento / /

6. Edad Sexo 7. Masculino 8. Femenino Indeterminado

Datos de Residencia Habitual del Paciente

9. Lugar de Residencia Habitual del paciente

1. Departamento 2. Distrito/Ciudad

Área 10. Urbana 11. Rural

12. Barrio/Ciña

13. Dirección: 13.1. No. Casa:

14. Referencia: 15. No. Teléfono:

Datos de Diagnóstico

16. Diagnóstico TB 1. Pulmonar 2. Extrapulmonar

TB Pulmonar:

Baciloscopia de Diagnóstico:
 Resultado Fecha de Resultado / /

Cultivo:
 Resultado Fecha de Resultado / /

Test de Sensibilidad:
 Resultado Fecha de Resultado / /

TB Extrapulmonar:

Localizador Fecha / /

17. Método Auxiliar de Diagnóstico 1. Radiología 2. Biopsias 2.a. Cultivo 2.b. Anatomía Patológica
 3. Otros Especificar

Resultado Fecha de Resultado / /

18. Tratamiento 1. H.R. 2. Z 3. E 4. S 5. HRZE 6. Otros
 7. H.R. pediátrico 8. H.Qx

Fecha de Inicio / / Mes de tratamiento Categoría (I-S, IV-R)

Tratamiento a continuar con

Datos del Traslado

19. Derivado a:

Región Sanitaria
 Distrito
 Establecimiento

20. Observación:

*Paraguay
de la gente*

■ TETÁ REKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL



Formulario 4

Formulario de Contactos y
Tratamiento de la Infección
Tuberculosa Latente (TITL) o
Quimioprofilaxis

Establecimiento de Salud: _____

Responsable: _____

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE CONTACTOS Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (TITL) O QUIMIOPROFILAXIS FORMULARIO 4

Consideraciones Generales: El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejecutando presión en el llenado para que todos los campos puedan ser utilizados adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados. Los datos registrados en el mismo son de notificación obligatoria. Los ítems sin dato deben ser cerrados con una línea o raya. Se usa una raya por caso de TB.

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

1. Cuando el Personal de Salud investiga a los contactos de TB intra o extra domiciliario, según normas, 6 controles en 2 años.

Encabezado del Formulario

Región Sanitaria: Anotar el nombre de la Región Sanitaria en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Anotar al lado en **Código**, el número de código correspondiente a la Región Sanitaria. Ej.: Concepción.

Distrito: Anotar el nombre del distrito donde está ubicado el establecimiento de salud y en **Código** el número de código correspondiente al Distrito.

Establecimiento: Anotar el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención. Anotar al lado en **Código**, el número de código correspondiente al servicio de salud.

Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que completa el Formulario.

Periodo del Informe: Anotar dd/mm/aa correspondiente al mes del informe. El Periodo de informe será del 1 al 30 o 31 de cada mes. Ej.: 01/01/2017 hasta 31/01/2017, sin importar si el 01 o 30-31 de cada mes es feriado o fin de semana, el periodo será el mencionado.

Mes: Anotar el nombre del mes del cual corresponde el informe. Ej.: Enero

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS (columna 2): Escribir el nombre del paciente con tuberculosis (Caso Índice), de quien se realiza el control de contacto. En caso de no tener un contacto de TB, escribir NA (No Aplica).

Cuerpo del formulario

N° (columna 1): Anotar el número (N°) de orden, de los contactos informados. Mes a mes inicia con el número "1" (uno).

Fecha de Control del Contacto (columna 2): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de identificación y/o visita e del contacto del caso de TB. En caso de quimioprofilaxis la fecha de entrega del medicamento.

N° de la Cédula de Identidad (columna 3): Anotar el número de cédula de identidad ó el número de Carné del indígena. Y en el caso de que no tenga número de documento asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido en mayúscula seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo: José Martínez González- 15 de febrero de 1973. **JMI150273**. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta la edad del paciente del año en curso. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014-30= 1984). La codificación sería **JMI010884**.

Nombres y Apellidos del Contacto ó Paciente con TITL (Terapia de la Infección Tuberculosa Latente) (columna 4): Anotar con letra legible el/los Nombres y Apellidos del/los contactos de los pacientes con tuberculosis ó paciente que recibe quimioprofilaxis.

Etnia (columna 5): Anotar la Etnia del contacto ó paciente que recibe quimioprofilaxis si es indígena (Aché, Avá Guarani, Ayoreo, Mbyá, Maká, etc.) Si no es indígena escribir NA (No aplica).

Fecha de Nacimiento (columna 6): Anotar la fecha: día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del contacto ó paciente que recibe quimioprofilaxis. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta la edad del paciente del año en curso. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014-30= 1984). La codificación sería **JMI010884**.

Edad (columna 7): Anotar la edad del contacto ó paciente que recibe quimioprofilaxis, en años cumplidos.

Sexo (columna 8): Anotar la inicial del sexo del contacto ó paciente que recibe quimioprofilaxis. M (masculino) ó F (femenino).

Barrio, Compañía, Asentamiento ó Comunidad Indígena (columna 9): Escribir el nombre del Barrio, Compañía, Asentamiento ó Comunidad Indígena en el que reside el contacto de paciente con tuberculosis ó paciente que recibe quimioprofilaxis.

Calle/ N° de Casa/Referencia (columna 10): Anotar al/los nombres de las Calles y el N° de casa y el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio del contacto de paciente con tuberculosis ó paciente que recibe quimioprofilaxis.

N° Telefónico (columna 11): Anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) del contacto de paciente con tuberculosis ó paciente que recibe quimioprofilaxis ó de algún referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el mismo.

Número de Visita de Contacto (columna 12): Anotar el número de visita realizada para el estudio de contacto de paciente con tuberculosis ó paciente que recibe quimioprofilaxis. Según Normas como mínimo realizar 6 estudios de contacto en un periodo de 2 años. (Ver Guía Nacional de TB)

BCC, o se compruebe por tarjeta de Vacunación (columnas 13): Anotar **SI**, si se observa en el contacto del caso de TB ó paciente que recibe quimioprofilaxis la presencia de cicatriz de BCG, y **NO** en caso de no observar la cicatriz.

Evaluación Clínica (columnas 14): Anotar **SI**, si se realiza examen o chequeos clínicos al contacto del caso de TB ó paciente que recibe quimioprofilaxis, y **NO** en caso de no haber realizado.

SR (columnas 15): Anotar **SI**, en el caso que el contacto de TB ó paciente que recibe quimioprofilaxis sea un Sintomático Respiratorio (SR) y **No** en caso de no ser un SR.

BK (columnas 16): Anotar en la celda superior el **Resultado** de Baciloscopia. **NEG** = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucobacilar), (+) = 10-99 BAAR/100 campos, (++) = 1-10 BAAR/50 campos, (+++) = >10 BAAR/20 campos. Y en la celda inferior, indicar la fecha de resultado de muestra dd/mm/aa.

Cultivo (columnas 17): Anotar en la celda superior el **Resultado** de Cultivo **NEG** = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias) (+) = 20-100 colonias (++) = >100 colonias, (+++) = innumerables ó crecimiento confluyente. Y en la celda inferior **Fecha** indicar la fecha de siembra de la prueba en dd/mm/aa.

RX (columnas 18): Anotar en la celda superior el **Resultado** de la RX (Radiografía). Y en la celda inferior, indicar la fecha de realización de la radiografía en dd/mm/aa. Anotar **S** si la radiografía presenta imágenes sugestivas a TB ó **NS** si no presenta imágenes sugestivas.

GeneXpert (columnas 19): Anotar en la celda superior el **Resultado** del GeneXpert. **T** = MTB detectado, Resistencia a rifampicina no detectada, **RR** = MTB detectada, Resistencia a rifampicina detectada, **TI** = MTB detectada, Resistencia a rifampicina indeterminada, **N** = MTB no detectada, **I** = inválido / sin resultados / error. Y en la celda inferior, indicar la fecha de toma de muestra dd/mm/aa.

Caso TB (columna 20): Anotar **SI**, en el caso que se confirme un caso de TB entre el contacto de TB investigado, y **No** en caso de no ser un Caso de TB.

VH (columna 21): Anotar **SI** ó **NO**, teniendo en cuenta la serología para VH del paciente.

Quimioprofilaxis TITL (Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente) o Quimioprofilaxis

SI/No (columna 23): Anotar **SI**, cuando el contacto del caso de TB ó paciente recibe quimioprofilaxis, y **No** en caso de no haber recibido.

Fecha de inicio TITL ó OP (columna 24): Anotar la **Fecha de inicio TITL** en dd/mm/aa.

Mes de TITL (columna 25): Anotar el número de meses que está recibiendo la quimioprofilaxis TITL.

Observación (columna 26): En la columna observación se debe anotar cualquier relevancia que hubiera en el dato del paciente ó contacto. Ejemplo: Otros estudios adicionales (PPD) Motivo por el cual recibe OP, si cambio el mes total de tratamiento, si el mismo se mudó o se trasladó a otro lugar, si falleció, etc.

Importante

El original debe ser remitido al PNCT, por cuanto se podrá especial cuidado en el registro del mismo. El duplicado queda en el servicio de Salud, el triplicado en el Distrito y el cuadruplicado en la IRS (Región Sanitaria)

Fecha de remisión: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Remisión del Formulario del Servicio de Salud Nivel Superior.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.

Fecha de Recepción Nivel Distrital: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel distrital.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma.

Fecha de Recepción Nivel Regional: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel Regional.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma.

Fecha de Recepción PNCT: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción a Nivel Nacional (PNCT).

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma.

Registro de Contactos de Pacientes con Tuberculosis

Región Sanitaria: Nro de Orden:

Distrito:

Establecimiento:

Responsable: Nro Teléfono:

Datos de Identificación

1. Nro:

2. Nombres y Apellidos del Paciente con TB:

3. Fecha Identificación: / /

4. Documento de Id: CI Pasaporte Carnet indígena Nro:
 No porta No tiene

5. Nombres y Apellidos de la Persona

5.1. Primer Nombre: 5.2. Segundo Nombre:

5.3. Primer Apellido: 5.4. Segundo Apellido:

5.5. Apellido casada:

6. Etnia N/A Aplica Especificar:

7. Fecha Nacimiento: / / 8. Edad: 9. Sexo: F M I

Datos de Residencia habitual

10.1. Departamento:

10.2. Distrito:

10.3. Area: Urbana Rural Latitud: Longitud:

10.4. Barrio/Cñia:
 Otro:

11.1. Calle y Nro casa:

11.2. Referencia:

12. Nro Teléfono:

Datos de Seguimiento de la Persona

Datos de Visitas (13-25)

En esta sección podrá agregar informaciones de Visitas de seguimiento, una vez que registre los datos básicos obligatorios de este formulario.

26. Observaciones

*Paraguay
de la gente*

■ TETÁ REKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL



Formulario 6

Registro de Laboratorio
Bacteriológico



Laboratorio: _____

Responsable: _____

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE REGISTRO DE LABORATORIO BACTERIOLÓGICO. Formulario N° 6

Consideraciones Generales: El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejecutando presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados. Los datos registrados en el mismo son de notificación obligatoria.

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

1. Cuando el Personal del Laboratorio realice los estudios solicitados para el Diagnóstico de Tuberculosis.
2. Cuando el Personal del Laboratorio realice los Controles de Seguimiento de los casos de Tuberculosis.

Encabezado del Formulario

Región Sanitaria: Anotar el nombre y el código de la Región Sanitaria, en la cual está ubicado el laboratorio de bacteriología. Anotar al lado en **Código**, el número de código correspondiente a la Región Sanitaria.

Distrito: Anotar el nombre donde está ubicado el laboratorio de bacteriología y en **Código** el número de código correspondiente al Distrito. **Establecimiento:** Anotar el nombre completo del laboratorio de bacteriología o establecimiento de salud en el cual se realice el estudio bacteriológico. Anotar al lado en **Código**, el número de código correspondiente al servicio de salud.

Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona responsable de realizar los resultados bacteriológicos.

Nro. de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona responsable de realizar los resultados bacteriológicos (línea baja y/o celular).

Periodo del Informe: Anotar dd/mm/aa correspondiente al periodo del informe. (Desde/Hasta)

Nro. de mes: Anotar en números el mes al cual corresponda el informe.

Cuerpo del formulario

N° (columna 1): Anotar los números en forma correlativa de acuerdo al orden en que se examinan las muestras. Inicie con N°1 la primera muestra examinada desde el primer día del inicio del año y continuar correlativamente hasta finalizar el año (31 de diciembre). Por cada material examinado se debe tener un número de orden diferente.

Fecha de identificación del Paciente (columna 2): Dato proveniente del formulario 1: anotar dd/mm/aa (dd: día, mm: mes y aa: año) en que es identificado el Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR a ser examinado. Este ítem será llenado solo en caso de que se solicite el estudio para Diagnóstico, cerrando con una línea el espacio en caso de controles bacteriológicos durante el tratamiento del caso de TB.

Fecha de Recepción de Muestra (columna 3): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la recepción de la muestra en el laboratorio.

N° de la Cédula de Identidad (columna 4): Anotar el número de cédula de identidad ó el número de Carné del indígena. Y en el caso de que no tenga número de documento asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo, José Martínez González- 15 de febrero de 1973. **JMI150273**. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería **JMI010884**.

Nombres y Apellidos (columna 5): Anotar con letra legible el/los Nombre/s y Apellido/s del paciente a quien pertenece la muestra.

Edad (columna 6): Anotar la edad del paciente en años cumplidos.

Sexo (columna 7): Anotar la inicial del sexo del paciente. *M* (masculino) o *F* (femenino).

Población de riesgo (*) (columna 8): Anotar la condición de riesgo. 1. Contacto de Tb. 2. Contacto de TB DR. 3. Privado de libertad. 4. Personal de Salud. 5. Población indígena. 6. Diabéticos. 7. PVH. 8. Situación de calle. 9. Situación de hacinamiento. 10. Migrante. 11. No aplica.

Historia de tratamiento previo () (columna 9):** 1. Si. 2. No. 3. SD.

Servicio de Salud que envía la Muestra (*) (columna 10):** Anotar el **Código** y el especificar el nombre del servicio de salud a quien pertenece la Muestra: 1. MSPyBS (especificar); 2. Hospital de Clínicas; 3. Sanidad Militar (especificar); 4. Sanidad Policial (especificar); 5. IPS (especificar); 6. Penitenciaría (especificar).

Tipo de Muestra (columna 11): Anotar el código según el tipo de muestra. 1. Esputo, 2. LOR, 3. Orina, 4. Secreción (Especificar), 5. Heces, 6. Otros (Especificar)

Aspecto del Esputo (columna 12): Anotar el código según el aspecto del esputo. 1. Saliva; 2. Mucopurulenta; 3. Mucosa; 4. Hematópico 5. Licuado; 6. Lámina; 7. NA

Bacteriología de Diagnóstico: En las columnas 13 al 15 se utilizará solo en el caso de Diagnóstico.

Mes de Tio. (columna 13): Anotar en la diagonal superior al mes de tratamiento en que se encuentra el paciente y en la diagonal inferior el número total de meses de tratamiento. Ejemplo: si el paciente se encuentra en su 3er. Mes de tratamiento, en un esquema sensible de 6 meses, anotar 3/6.

1ra. (columna 14): Anotar en la celda superior el **Resultado** de Bacteriología de la primera muestra. **NEG** = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. En la celda inferior indicar la **Fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

2da. (columna 15): Anotar en la celda superior el **Resultado** de Bacteriología de la segunda muestra. **NEG** = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. En la celda inferior indicar la **Fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Cultivo (columna 16): Resultado y Fecha. Anotar en la celda superior el resultado obtenido en el cultivo. **NEG** = reportado sin crecimiento, (1-9) = <10 colonias (reportar número de colonias), + = 10-100 colonias, ++ = >100 colonias, +++ = innumerables o crecimiento confluyente. Y en la celda **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Xpert (**) (columna 17):** Resultado y Fecha: Anotar en la celda superior el Resultado del Xpert. En la celda inferior, registrar el resultado. **T:** MTB detectado, resistencia a Rifampicina no detectada; **RR:** MTB detectada, resistencia a Rifampicina detectada; **TI:** MTB detectada, resistencia a Rifampicina indeterminada; **N:** MTB no detectada; **I:** inválido.

Observaciones (columna 18):

Registrar
Importante. El original debe ser remitido al LCSP por cuanto se podrá especial cuidado en el registro del mismo. El duplicado, para el PNCT y el triplicado quedará en la Región Sanitaria, el cuadruplicado, en el servicio de salud, para el cargado de los datos en el sistema experto de TB.

Fecha de remisión: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Remisión del Formulario del Nivel Local al Nivel Regional.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.

Fecha de Recepción Nivel Regional: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel Regional.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.

Fecha de Recepción PNCT: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción a Nivel Nacional (PNCT).

Fecha de Recepción LCSP: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción a Nivel Nacional (PNCT).

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.

Anexo 16

Planillas y Formularios – Registro de Laboratorio.

Registro Diario de Laboratorio
1. Nro de Orden:

Región Sanitaria:

Distrito:

Establecimiento:

Responsable: Nro Teléfono:

2. Fecha Toma Muestra: / / 3. Fecha Recepción Muestra: / /

Datos de Identificación

4. Documento de Id: CI Pasaporte Carnet indígena No porta No tiene Nro: Comprobar

5.1. Primer Nombre: 5.2. Segundo Nombre:

5.3. Primer Apellido: 5.4. Segundo Apellido:

5.5. Apellido casado:

6. Etnia N/A Aplica Especificar:

7. Edad: FN: / / 8. Sexo: F M I

Datos de la Muestra

9. Servicio de Salud que envía la muestra

1. MSPyBS Región Sanitaria: Regiones
 Distrito: Distritos
 Establecimiento: Establecimientos

2. Hospital de Clínicas

3. Sanidad Militar

4. Sanidad Policial

5. I.P.S.

6. Penitenciaría

7. Servicio Privado Especificar:

8. Otros Especificar:

9. Ignorado

Procedimiento a realizar

1. BK Diagnóstico 2. BK Control 3. Cultivo Diagnóstico 4. Cultivo Control

5. GenXpert 6. Sensibilidad 7. Tipificación 8. Otros

Baciloscopia de Diagnóstico

Nro. Muestra:

Tipo de Muestra: Especificar:

Aspecto de Esputo:

Resultado: Fecha de resultado: / /

Baciloscopia de Control

Nro. Muestra: Mes Tratamiento:

Tipo de Muestra: Especificar:

Aspecto de Esputo:

Resultado: Fecha de resultado: / /

Cultivo

Tipo de Muestra: Especificar:

Aspecto de Esputo: Tubo 1: Tubo 2:

F. Siembra: / / Fecha Res.: / / Fecha Res.: / /

Resultado: Resultado:

Xpert MTB/RIF

Tipo de Muestra: Especificar:

Aspecto de Esputo: Fecha de Resultado: / / Sensible Resistente

Resultado:

Test de Sesibilidad

Fecha de Resultado: / /

	Proporciones		Nitrataza		Wayne	
	Sensible	Resistente	Sensible	Resistente	Sensible	Resistente
H1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H	<input type="radio"/>	Z	<input type="radio"/>
H	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	R	<input type="radio"/>		
S	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
R	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
E	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Kn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Ofx	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Flx	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Tipificación

Fecha de Resultado: / /

Resultado:

Tipificación:

Factor de Riesgo

0. No reactivo 1. Reactivo 2. S/D 3. PVIH

19. Observaciones

Guardar
[VOLVER]

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CONSOLIDADO DE TUBERCULOSIS. FORMULARIO 5

Consideraciones Generales: El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejerciendo presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados. Los datos registrados en el mismo son de notificación obligatoria. Los items sin dato deben ser cerrados con una línea o raya.

Encabezado del Formulario

Región Sanitaria: Anotar el nombre del departamento en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Anotar al lado en **Código**, el número de código correspondiente a la Región Sanitaria. Ej.: Concepción.

Distrito: Anotar el nombre del distrito donde está ubicado el establecimiento de salud y en **Código** el número de código correspondiente al Distrito.

Establecimiento: Anotar el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención. Anotar al lado en **Código**, el número de código correspondiente al servicio de salud.

Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que completa el Formulario.

Nro. de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que completa el Formulario (línea baja y/o celular)

Período del Informe: Anotar dd/mm/aa correspondiente al mes del informe. El Período de informe será del 1 al 30 o 31 de cada mes. Ej.: 01/01/2017 hasta 31/01/2017, sin importar si el 1 o 30-31 es un feriado o fin de semana el período será como lo mencionado.

Mes: Anotar el nombre del mes del cual corresponde el informe. Ej.: Enero

Cuerpo del formulario

El cuerpo del formulario se divide de la siguiente forma: en la primera columna están dispuestos todos los indicadores y en las columnas siguientes se dividen en celdas que corresponderían a los datos de acuerdo al nivel de atención que informa.

INFORMACIÓN IMPORTANTE: El documento debe ser llenado a Nivel Local, Distrital y Regional de la siguiente manera:

Servicio de salud local

Registrar en la primera columna y en la última de **Total** el mismo número de SR o Casos (de acuerdo a lo que se solicite en cada indicador) del mes que se informa, según la programación local del servicio.

Distrito

Registrar en la primera columna, los datos pertenecientes a su HD (Hospital Distrital) o CS (Centro de Salud) o USF o cabecera al cual pertenece. En las columnas subsiguientes, los datos que se reciben de los diferentes servicios de Salud con que cuenta el distrito. Para esto, se anotará el nombre de los servicios y debajo de éstos los números que se solicitan por cada indicador del mes que se informa.

Esta información se obtendrá a partir de los informes enviados por cada servicio de salud.

Región Sanitaria

Registrar en columnas los datos pertenecientes a los diferentes distritos con que cuenta la Región Sanitaria. Para esto, se anotará el nombre de los distritos y debajo de éstos los números que se solicitan por cada indicador del mes que se informa.

Esta información se obtendrá a partir de los informes enviados por cada distrito de salud, donde se anotará lo que se registró en la columna **Total** donde se encuentra la sumatoria de todos los servicios.

En caso a que el servicio de salud no informa o el distrito no informa, en ese mes deberá escribir en la columna de correspondiente "*no informa*"

INDICADORES

Detección de SR (Sintomático Respiratorio)

SR Esperados: Anotar el número de SR que se esperan para ese mes, lo cual está consignado en la Programación anual de TB que se realiza a comienzo de año, para cada servicio.

SR Identificados: Anotar el número de SR que se han identificado por el servicio, sean éstos de la zona o fuera de zona. Los identificados son aquellos que han sido captados por el servicio, independientemente de si se les ha tomado muestras o no.

SR Examinados: Anotar el número de SR que se han examinado por el servicio. Los SR identificados son aquellos a los que se les ha realizado la baciloscopia.

CASOS DE TB

Determina el número de casos nuevos de TB.

TB Pulmonar: Registrar los indicadores de:

BK (+) Identificados: Anotar el número de BK (+) que se han identificado por el servicio, sean éstos de la zona o fuera de zona.

BK (-) Identificados: Anotar los BK (-) esperados para ese mes, de acuerdo a la Programación anual de TB.

TB Extrapulmonar

Identificados: Anotar los casos de TB Extrapulmonar que se han identificado por el servicio, sean éstos de la zona o fuera de zona.

Casos de TB Traslado en el servicio: Anotar los ingresos en el mes de los Casos de TB trasladados a su Servicio de Salud en ese mes. Se aplica para aquellos casos en los que el servicio recibe pacientes que ya han sido diagnosticados o a los cuales ya se les ha iniciado tratamiento, para que se les realice seguimiento en ese servicio que les queda más cercano.

Casos de TB (Identificados + Traslados): Anotar la sumatoria de los casos de TB diagnosticados por el servicio, más los traslados de ingresos.

Casos de TB con Test rápido para VIH: Anotar el número de los pacientes con test de VIH realizado.

Contactos Esperados: si se han registrado casos de TB durante el mes que se informa, para **Contactos Esperados**, tendremos en cuenta lo siguiente: se calcularán 4 contactos por cada caso de TB. Ejemplo: si el servicio diagnosticó 1 (un) caso de TB

Pulmonar BK (+), se espera que se evalúen a 4 contactos por ese paciente.

Contactos Identificados: Anotar el número de contactos que han sido evaluados y registrados en el Formulario 4.

Detección de SR Año

Nivel Local

Se consignarán datos de los SR acumulados hasta la fecha de informe. Ej.: si se informa el consolidado en el mes de junio, en el acumulativo aparecerá la suma de los indicadores: **SR Esperados Acumulativo, SR Identificados Acumulativo, SR Examinados Acumulativo**; de enero a junio, con su respectivo porcentaje.

Nivel Distrital

Se consignarán datos de los SR acumulados hasta la fecha de informe del total distrital. Ej.: si se informa el consolidado en el mes de junio del total de cada distrito, en el acumulativo aparecerá la suma de los indicadores: **SR Esperados Acumulativo, SR Identificados Acumulativo, SR Examinados Acumulativo**; de enero a junio, con su respectivo porcentaje.

Nivel Regional

Se consignarán datos de los SR acumulados hasta la fecha de informe del total regional. Ej.: si se informa el consolidado en el mes de junio del total de cada distrito, en el acumulativo aparecerá la suma de los indicadores: **SR Esperados Acumulativo, SR Identificados Acumulativo, SR Examinados Acumulativo**; de enero a junio, con su respectivo porcentaje.

Nota: Procedimiento de envío

Nivel Local: El original debe ser remitido al Distrito, el duplicado y triplicado queda en el servicio.

Nivel Distrital: Consolidar los datos de los servicios de Salud pertenecientes al Distrito. El original y duplicado enviar a Nivel Regional, el triplicado queda en el Servicio.

Nivel Regional: Consolida los datos de los Distritos pertenecientes a la Región. El Original Envía al Nivel Nacional acompañado del original de los Distritos. En la Región queda el duplicado de los Distritos y el de la Región.

Fecha de remisión: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Remisión del Formulario del Nivel Local al Nivel Regional.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.

Fecha de Recepción Nivel Distrital: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel distrital.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.

Fecha de Recepción Nivel Regional: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel Regional.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.

Fecha de Recepción PNCT: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción a Nivel Nacional (PNCT).

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.



Consolidado de Tuberculosis Formulario 5

Región Sanitaria:	Código:
Distrito:	Código:
Establecimiento:	Código:
Responsable:	Nº de Teléfono:
Período del informe del: ____/____/____ hasta ____/____/____	Mes:

Indicadores	Servicios de Salud										TOTAL
Detección de SR											
SR Esperados											
SR Identificados											
SR Examinados											
Casos de TB											
Casos de TB Identificados	TB Pulmonar	BK (+) Identificados									
		BK (-) Identificados									
	TB Extrapulmonar	Identificados									
Casos de TB Traslado en el servicio											
Casos de TB (Identificados + Traslados)											
Casos de TB con Test rápido para VIH											
Contactos Esperados											
Contactos Identificados											

Detección de SR Año	Nº	%
SR Esperados Acumulativo		
SR Identificados Acumulativo		
SR Examinados Acumulativo		

Nivel Local: El original debe ser remitido al Distrito, el duplicado queda en el servicio.
Nivel Distrital: Consolidar los datos de los servicios de Salud pertenecientes al Distrito. El original y duplicado enviar a Nivel Regional, el triplicado queda en el Servicio.
Nivel Regional: Consolida los datos de los Distritos pertenecientes a la Región. El Original envía al Nivel Nacional acompañado del original de los Distritos. En la Región queda el duplicado de los Distritos y el de la Región.

Fecha de remisión / / Fecha de Recepción Nivel Distrital / / Fecha de Recepción Nivel Regional / / Fecha de Recepción PNCT / /

Firma y Sello _____ Firma y Sello _____ Firma y Sello _____ Firma y Sello _____

Anexo 18

Cuadros y Reportes – Consolidados de TB.

Reporte de Consolidados de TB

Cuadro:

País Total:

Región Sanitaria: **Regiones**

Distrito: **Distritos**

Año:

Mes Desde:

Mes Hasta:

Emitir Reporte 

Anexo 19

Cuadros y Reportes – Reportes de Población y Programación.

Reportes de Población y Programación

Región Sanitaria: **Regiones**

Distrito: **Distritos**

Establecimiento: **Establecimientos**

Año: Año:

Emitir Reporte **Emitir Reporte Penitenciaria**

Anexo 20

Cuadros y Reportes – Reportes Generales de TB.

Reportes y Cuadros Generales de TB

Cuadro:

País Total:

Región Sanitaria: **Regiones**

Distrito: **Distritos**

Año:

Desde Fecha: / /

Hasta Fecha: / /

Incluir Distritos:

Incluir Servicios:

Ignorar ceros:

Emitir Reporte   

Listas para Post-Procesos de los Datos

Tabla:

Desde Fecha: / /

Hasta Fecha: / /

Región Sanitaria: **Regiones**

Distrito: **Distritos**

Establecimiento: **Establecimientos**

Emitir Reporte

Control de la Tuberculosis MODULO GEOREFERENCIADO

SELECCIONAR FILTRADOR DE CASOS NUEVOS Y RETRATADOS

USUARIO: ADMINISTRADOR, DEL SISTEMA

specifique Calle o Barrio:

Especifique Cédula o Nombre y/o Apellido de la Persona:
 Cédula 1er Nombre 1er Apellido

Origen Destino
 Lat. Lat.
 Lng. Lng.

Mapa **Satélite**

