

División Tuberculosis

Formulario de presentación de la revisión de cohortes

Trimestre: <input type="checkbox"/> Q1 <input type="checkbox"/> Q2 <input type="checkbox"/> Q3 <input type="checkbox"/> Q4	Año de la cohorte:	Fecha de presentación:																					
Responsable principal del caso:	Investigador de contactos:	Médico tratante:																					
Sección 1: Información del paciente																							
Núm. RVCT:	Fecha de nacimiento:																						
Nombre del paciente:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino																						
Fecha en que se contabilizó el caso:	País de origen:																						
Riesgos médicos (marque todo lo que corresponda): <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus</td> <td><input type="checkbox"/> Exposición reciente a TB (contacto con caso)</td> <td><input type="checkbox"/> Cáncer de cuello</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol (en el último año)</td> <td><input type="checkbox"/> Contacto con MDR-TB</td> <td><input type="checkbox"/> Abuso de drogas en el último año</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consumo de tabaco</td> <td><input type="checkbox"/> Peso al menos 10% más bajo que el peso ideal</td> <td><input type="checkbox"/> Prueba conversión de TB en los últimos 2 años</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Silicosis</td> <td><input type="checkbox"/> Síndromes de terapia de malabsorción crónica</td> <td><input type="checkbox"/> Lesiones fibróticas (en Rx de tórax) compatibles con TB antigua y curada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Corticosteroides u otra inmunosupresión</td> <td><input type="checkbox"/> Leucemia</td> <td><input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gastrectomía o derivación yeyunoileal</td> <td><input type="checkbox"/> Linfoma</td> <td><input type="checkbox"/> Trasplante de órganos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Edad < 5 años</td> <td><input type="checkbox"/> Cáncer de cabeza</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Exposición reciente a TB (contacto con caso)	<input type="checkbox"/> Cáncer de cuello	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol (en el último año)	<input type="checkbox"/> Contacto con MDR-TB	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas en el último año	<input type="checkbox"/> Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> Peso al menos 10% más bajo que el peso ideal	<input type="checkbox"/> Prueba conversión de TB en los últimos 2 años	<input type="checkbox"/> Silicosis	<input type="checkbox"/> Síndromes de terapia de malabsorción crónica	<input type="checkbox"/> Lesiones fibróticas (en Rx de tórax) compatibles con TB antigua y curada	<input type="checkbox"/> Corticosteroides u otra inmunosupresión	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/> Gastrectomía o derivación yeyunoileal	<input type="checkbox"/> Linfoma	<input type="checkbox"/> Trasplante de órganos	<input type="checkbox"/> Edad < 5 años	<input type="checkbox"/> Cáncer de cabeza	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Exposición reciente a TB (contacto con caso)	<input type="checkbox"/> Cáncer de cuello																					
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol (en el último año)	<input type="checkbox"/> Contacto con MDR-TB	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas en el último año																					
<input type="checkbox"/> Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> Peso al menos 10% más bajo que el peso ideal	<input type="checkbox"/> Prueba conversión de TB en los últimos 2 años																					
<input type="checkbox"/> Silicosis	<input type="checkbox"/> Síndromes de terapia de malabsorción crónica	<input type="checkbox"/> Lesiones fibróticas (en Rx de tórax) compatibles con TB antigua y curada																					
<input type="checkbox"/> Corticosteroides u otra inmunosupresión	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica																					
<input type="checkbox"/> Gastrectomía o derivación yeyunoileal	<input type="checkbox"/> Linfoma	<input type="checkbox"/> Trasplante de órganos																					
<input type="checkbox"/> Edad < 5 años	<input type="checkbox"/> Cáncer de cabeza	<input type="checkbox"/> Otro: _____																					
Código 900 <input type="checkbox"/> No disp <input type="checkbox"/> Rechazado	Resultados: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Pendiente																						
Fecha de obtención: _____	Recuento de CD4, si es positivo: _____																						
Sección 2: Información del diagnóstico																							
Localización de la enfermedad:	Fecha de Rx de tórax inicial: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Anormal/Cavidades <input type="checkbox"/> No realizada																						
Fecha de obtención del primer frotis positivo para AFB:	Fecha de obtención del primer cultivo positivo para MTB:																						
Resistencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si responde "Sí", resistente a:																						
Sección 3: Información sobre la finalización del tratamiento																							
Fecha de inicio del tratamiento:	Fecha de finalización del tratamiento:																						
Fecha de obtención del primer frotis para AFB sistemáticamente negativo:	Fecha de obtención del primer cultivo para MTB sistemáticamente negativo:																						
Si el tratamiento no se completó, marque todo lo que corresponda: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Todavía en tratamiento (Fecha prevista de finalización: _____)</td> <td><input type="checkbox"/> Rechazado (Razón: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tratamiento interrumpido (<input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> El paciente incumple <input type="checkbox"/> Decisión del proveedor)</td> <td><input type="checkbox"/> Falleció (Fecha: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MDR</td> <td><input type="checkbox"/> Se mudó al extranjero (A: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desapareció</td> <td><input type="checkbox"/> Transferencia interjurisdiccional (A: _____ Fecha: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se notificó su muerte</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Todavía en tratamiento (Fecha prevista de finalización: _____)	<input type="checkbox"/> Rechazado (Razón: _____)	<input type="checkbox"/> Tratamiento interrumpido (<input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> El paciente incumple <input type="checkbox"/> Decisión del proveedor)	<input type="checkbox"/> Falleció (Fecha: _____)	<input type="checkbox"/> MDR	<input type="checkbox"/> Se mudó al extranjero (A: _____)	<input type="checkbox"/> Desapareció	<input type="checkbox"/> Transferencia interjurisdiccional (A: _____ Fecha: _____)	<input type="checkbox"/> Se notificó su muerte	<input type="checkbox"/> Otro: _____											
<input type="checkbox"/> Todavía en tratamiento (Fecha prevista de finalización: _____)	<input type="checkbox"/> Rechazado (Razón: _____)																						
<input type="checkbox"/> Tratamiento interrumpido (<input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> El paciente incumple <input type="checkbox"/> Decisión del proveedor)	<input type="checkbox"/> Falleció (Fecha: _____)																						
<input type="checkbox"/> MDR	<input type="checkbox"/> Se mudó al extranjero (A: _____)																						
<input type="checkbox"/> Desapareció	<input type="checkbox"/> Transferencia interjurisdiccional (A: _____ Fecha: _____)																						
<input type="checkbox"/> Se notificó su muerte	<input type="checkbox"/> Otro: _____																						
Si no está en DOT, explique:	Número de dosis recomendadas: _____																						
	Número de dosis tomadas: _____																						

Sección 4: Resultados de la investigación de contactosSe determinó genotipo: Sí No Si respondió "Sí", indique genotipo (GENType):

Número de contactos identificados:

Número de contactos evaluados:

Número de positivos previos documentados:

Número de contactos infectados sin enfermedad de TB activa:

Número de contactos identificados con frotis positivo para AFB:

Número de contactos identificados con enfermedad de TB activa:

Número de contactos aptos para el tratamiento de la infección de TB (TBI):

Núm. de contactos que empezaron el tratamiento para TBI:

Conversiones recientes documentadas: _____

Niños ≤ 5 años: _____

En situación de VIH+ conocida: _____

Número de contactos actualmente en tratamiento para TBI:

Número de contactos que completaron el tratamiento para TB:

Conversiones recientes documentadas: _____

Niños ≤ 5 años: _____

En situación de VIH+ conocida: _____

Número de contactos que no completaron el tratamiento para TBI debido a que:

____ Siguen en tratamiento ____ Reacciones adversas ____ Fallecieron

____ Se mudaron ____ Lo rechazaron ____ Desaparecieron

____ Decisión del proveedor (no puede supervisar la atención al paciente) ____ Otro:

Porcentaje de contactos infectados:

(Fórmula: $\frac{\text{Número de contactos infectados} - \text{Positivos previos}}{\text{Número de evaluados} - \text{Positivos previos}} \times 100\%$)