

Reporte de Caso y Servicios al Cliente

☐ Reporte inicial ☐ Seguimiento o revisión médica ☐ Fármaco resistente ☐ Ingreso o alta hospitalaria	Fecha de notificación al programa binacional: _____ Fecha de admisión al programa binacional: _____ Fecha en que la forma fue completada: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dos apellidos, primer nombre, segundo nombre y alias (si aplica) mes/día/año	
Domicilio: _____ Calle y número, colonia, ciudad, estado, código postal	
Nombre del proveedor médico: _____ Nombre del personal completando este formulario: _____	
Estatus: ☐ Nuevo ☐ Recurrente ☐ Reabierto Terapia previa: ☐ No ☐ Sí, especifique: ☐ doTBal Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____	Caso pediátrico (menor de 15 años) País de nacimiento de los tutores 1: _____ 2: _____ Radiografía: Fecha: _____ ☐ Radiografía de tórax ☐ TAC (CT) ☐ Resonancia magnética ☐ Exploración por TEP ☐ Otro: _____ Resultado: ☐ No consistente con TB ☐ No se realizó ☐ Se desconoce ☐ Consistente con TB, especifique: Cavitario: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Miliar: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Estado: ☐ Estable ☐ Empeorando ☐ Mejorando ☐ Se desconoce Comentarios: _____
Signos/síntomas Fecha de inicio: _____ ☐ Fiebre ☐ Pérdida de peso ($\geq 10\%$) ☐ Escalofríos ☐ Tos ☐ Tos productiva ☐ Hemoptisis ☐ Sudores nocturnos ☐ Dolor de pecho ☐ Dificultad para respirar ☐ Linfadenopatía ☐ Otro: _____	Residencia fuera de EE. UU. o México durante más de 2 meses ininterrumpidos: ☐ No ☐ Se desconoce ☐ Sí, país: _____ y fecha _____ Clasificación ☐ 0 Sin exposición a <i>M.TB</i> , no infectado ☐ 1 Exposición a <i>M.TB</i> , sin evidencia de infección de TB ☐ 2 Infección de <i>M.TB</i> , sin enfermedad ☐ 3 Enfermedad de <i>M.TB</i> , clínicamente activa ☐ 4 <i>M.TB</i> , actualmente sin enfermedad ☐ 5 Sospechoso de <i>M.TB</i> , diagnóstico pendiente Sitios significativos (que no sea el predominante) ☐ Pulmonar ☐ Peritoneal ☐ Óseo y/o articular ☐ Meningeo ☐ Pleural ☐ Laríngea ☐ Genitourinario ☐ Sitio no especificado ☐ Linfático, especifique: _____ ☐ Otro: _____ ☐ Otro diagnóstico _____
Baciloscopia colectada en: ☐ México ☐ Texas Fecha de colección: _____ Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado ☐ No realizado ☐ Se desconoce Tipo de muestra: ☐ Esputo ☐ Orina ☐ Lavado bronquial ☐ Biopsia, especifique: _____ ☐ Otro, especifique el sitio: _____ Otro examen además del esputo: _____ Fecha de colección de 1ª baciloscopia positiva: _____ Fecha de colección de 1ª baciloscopia negativa: _____	Cultivo colectado en: ☐ México ☐ Texas Fecha de colección: _____ Resultado: ☐ Positivo para <i>M.TB</i> ☐ Negativo ☐ Pendiente ☐ No realizado ☐ Se desconoce ☐ Positivo No- <i>M.TB</i> , especifique: _____ Tipo de muestra: ☐ Esputo ☐ Orina ☐ Lavado bronquial ☐ Biopsia, especifique: _____ ☐ Otro, especifique: _____ Fecha de colección de 1er cultivo <i>M.TB</i> positivo: _____ Fecha de 1er cultivo negativo: _____ Conversión de esputo documentado: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce No, especifique la razón: _____
Amplificación de ácidos nucleicos Fecha de colección: _____ Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado ☐ No realizado ☐ Se desconoce Resistencia a RIF: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	Susceptibilidad colectada en: ☐ México ☐ Texas ☐ Fenotipo o basada en crecimiento ☐ Genotipo o molecular Fecha de colección del cultivo inicial: _____
Resistencia a: ☐ INH ☐ RIF ☐ Otra: _____ Tratamiento multirresistente independiente de los resultados: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce	

Tratamiento de la enfermedad de TB

Peso: _____ libras Estatura: _____ pies _____ pulgadas
 Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____
 Fecha de reinicio: _____ Fecha de terminación: _____
 Administración del Tratamiento: ☐ DOT ☐ eDOT/VDOT ☐ Autoadministrado
 Lugar del tratamiento: ☐ Clínica o facilidad médica ☐ Campo ☐ eDOT/VDOT
 Frecuencia: _____ veces por semana

doTBal

- ☐ Fase Intensiva (INH 75mg, RIF 150mg, PZA 400mg, y EMB 300mg)
☐ Fase Sostén (INH 400mg y RIF 300mg)
☐ doTBal aumentado, especifique combinación abajo: _____
☐ **Otro, especifique:**
☐ Isoniacida _____mg ☐ DSHS ☐ Mx ☐ Bedaquilina _____mg ☐ DSHS ☐ Mx
☐ Rifampicina _____mg ☐ DSHS ☐ Mx ☐ Clofazimina _____mg ☐ DSHS ☐ Mx
☐ Pirazinamida _____mg ☐ DSHS ☐ Mx ☐ Cicloserina _____mg ☐ DSHS ☐ Mx
☐ Etambutol _____mg ☐ DSHS ☐ Mx ☐ Linezolida _____mg ☐ DSHS ☐ Mx
☐ Etionamida _____mg ☐ DSHS ☐ Mx ☐ Pretomanida _____mg ☐ DSHS ☐ Mx
☐ Amikacina _____mg ☐ DSHS ☐ Mx ☐ Delamanida _____mg ☐ DSHS ☐ Mx
☐ Rifabutina _____mg ☐ DSHS ☐ Mx ☐ PAS _____mg ☐ DSHS ☐ Mx
☐ Levofloxacina _____mg ☐ DSHS ☐ Mx ☐ B6 _____mg ☐ DSHS ☐ Mx
☐ Moxifloxacina _____mg ☐ DSHS ☐ Mx ☐ _____mg ☐ DSHS ☐ Mx
☐ Rifapentina _____mg ☐ DSHS ☐ Mx ☐ _____mg ☐ DSHS ☐ Mx

Razón el régimen inicial no fue RIPE, si aplica: _____
 Recetado para: _____ meses Máximo de renovaciones autorizadas: _____

Tratamiento prolongado más de 12 meses (si aplica):

- ☐ Imposibilidad de utilizar RIF
☐ Reacción adversa al fármaco
☐ Falta de adherencia
☐ Fracaso terapéutico
☐ Indicación clínica
☐ Otro: _____
☐ Se desconoce

Se recomendó hospitalización:
☐ Sí ☐ No

Aislamiento:

- ☐ Sí, fecha: _____
☐ No, fecha de discontinuación: _____

Comentarios:

Cierre

- Fecha: _____
☐ Completo tratamiento adecuado ☐ Falleció, causa: _____ ☐ Decisión del paciente
☐ Muriendo (estado terminal) ☐ Pérdida de seguimiento ☐ No es TB
☐ Evento adverso al tratamiento ☐ Se desconoce ☐ Otro: _____
☐ Se mudó durante la terapia:
☐ No ☐ Se desconoce
☐ Sí, especifique estado o país: _____
 y referido transnacional realizado: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Dosis tomadas: _____ Dosis en DOT: _____
 Dosis recomendadas: _____ Por ciento en DOT: _____
 Meses recetados: _____ Meses recomendados: _____

Firma de enfermero fecha

Firma del médico tratante fecha

Firma del médico prescriptor de clofazimina (si aplica) fecha

Firma del médico consultor (si aplica) fecha

- ☐ Consulta médica de Texas recibida (si aplica)
☐ Enfermero autorizado a obtener el consentimiento informado