

Disa/Diresa: ..... Fecha: .....  
 EESS: ..... Red/Microred: .....

**1. DATOS DEMOGRAFICOS**

Apellidos y nombres: .....  
 Edad: ..... Sexo: M  F  Historia clínica: ..... DNI:.....  
 Dirección .....  
 Teléfono: ..... Correo electrónico: .....  
 Familiar responsable/sopORTE: .....  
 Teléfono: ..... Correo electrónico: .....

**2. ANTECEDENTES:**

COMORBILIDAD: DM ( ) VIH ( ) ALCOHOLISMO ( ) FARMACODEPENDENCIA ( ) ..... ..... MEDICACIÓN CONCOMITANTE: ..... .....
--

**3. TRATAMIENTOS ANTI-TUBERCULOSIS ANTERIORES:**

Lugar y año	Diagnóstico	Esquema	Evolución	Condición Egreso

**4. PRUEBA DE SENSIBILIDAD DEL PACIENTE:** R: resistente S: sensible

Laboratorio	Código	Fecha de Muestra	R	H	Z	E	S	Km	Cm	Cpx	Lfx	Mfx	Eto	Cs	Pas

**5. CASOS INDICE CON TB:**

Situación actual: En tratamiento, Curado, Fracaso, Abandono, Fallecido

Apellidos y nombres	Parentesco – Tipo de contacto	Fecha y esquema de tratamiento	Situación actual

**PRUEBA DE SENSIBILIDAD DEL PACIENTE:**

R: resistente S: sensible

Laboratorio	Código	Fecha de Muestra	R	H	Z	E	S	Km	Cm	Cpx	Lfx	Mfx	Eto	Cs	Pas

**6. CONDICION ACTUAL:**

<b>Fiebre</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Pérdida de peso</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Peso normal?.....	<b>Dificultad respiratoria</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Otros</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> .....
--	--	---	---

EXAMEN CLÍNICO Talla .....(cm) Peso .....(kg) FR ...../min FC ..... /min

Examen Preferencial:

7. ESQUEMA ACTUAL: ..... Fecha de Inicio: .....

EVOLUCIÓN: .....

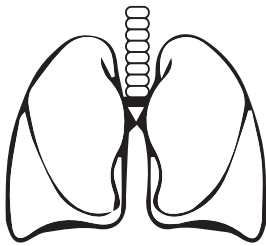
REGULARIDAD AL ÚLTIMO TRATAMIENTO:

SI  NO  Estimado de dosis perdidas: .....% (Número de dosis tomadas/dosis programadas) x 100

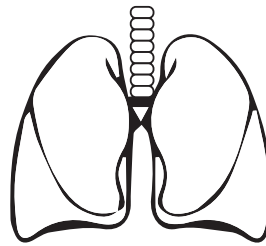
8. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM):

Fecha de Notificación	Tipo de RAM	Medicamento(s) Identificado(s) o Sospechoso(s)	Fecha Inicio	Fecha Final	Disposición / evolución

9. RADIOLOGÍA



Fecha: .....



Fecha: .....

- (1) Caverna
- (2) Tractos fibrosos
- (3) Infiltrado alveolar
- (4) Neumotórax
- (5) Derrame pleural
- (6) Nódulo
- (7) Miliar
- (8) Bula
- (9) Ganglio intra-torácico
- (10) Cambios quirúrgicos
- (11) Otros, especificar

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....  
**MÉDICO TRATANTE**  
 Firma y sello

## OPINIÓN DE CONSULTOR

Lugar y Fecha: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### CONDICIÓN DE INGRESO

Nuevo ( )  
Recaída a esquema para TB sensible ( )  
Abandono ( )  
Fracaso al esquema para TB sensible ( )  
Fracaso al esquema de retratamiento ( )  
Otra: ..... ( )

### DIAGNÓSTICO DE INGRESO

MDR ( ) XDR ( ) Otras Resistencias ( ): .....

### ESQUEMA INDICADO

Individualizado ( ) .....  
Empírico ( ) .....  
Estandarizado ( ) .....  
Modificado por RAM/comorbilidad ( ) .....  
Micobacterias no TB (MNT) ( ) .....  
Otros: ( ) .....

### PLAN DE TRABAJO

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
MÉDICO CONSULTOR

Firma y sello

El Resumen de la Historia Clínica debe ser realizado por el médico tratante (médico del establecimiento al que acude el paciente a tomar el tratamiento anti-TB), bajo responsabilidad. Utilizar letra clara y legible.

**Consignar los datos del EESS, fecha de confección del resumen de historia clínica.**

- 1. Datos Demográficos:** incluir todos los datos solicitados, verificándolos con el DNI, edad, sexo, número de historia clínica del establecimiento, dirección. Registra el número de teléfono, y de ser posible, el correo electrónico tanto del paciente como del familiar responsable o persona de soporte.
- 2. Antecedentes:** marcar solo las Comorbilidades presentes, en observaciones colocar detalles sobre la condición de la comorbilidad: ejemplo: VIH con/sin TARGA, DM controlada/no controlada, tipo de sustancia que consume, etc. Además, hacer un listado detallado de los medicamentos (diferentes a los anti-TB) consumidos al momento de la entrevista.
- 3. Tratamientos Anteriores:** incluir todos los datos de los esquemas anti-TB recibidos, enumerarlos en orden cronológico, del más antiguo al más reciente. Consignar el establecimiento y año (s) en que lo (s) recibió, el diagnóstico, tipo de esquema, una breve descripción de la evolución durante el mismo y la condición de egreso.
- 4. Pruebas de Sensibilidad del Paciente:** colocarlas en orden cronológico de la más reciente a la más antigua.
- 5. Casos Índice con TB:** incluir sólo los potenciales casos fuente, los que hayan podido haber contagiado la enfermedad al paciente evaluado. No incluir contactos que hayan podido adquirir la enfermedad del paciente. Consignar los apellidos y nombres, el parentesco, tipo de contacto (domiciliario, cercano), la fecha y el esquema de tratamiento recibido y su situación al momento de la entrevista.

Respecto de las PS de los casos índices, sólo incluir la última PS obtenida, o en su defecto, la de peor perfil de resistencia.

Esta información debe ser documentada en el expediente del paciente.

- 6. Condición Actual:** llenar la información requerida e incluir todos los detalles necesarios para tener un panorama claro de la condición clínica del paciente en el momento de la evaluación.
- 7. Esquema actual:** Se refiere al último esquema de tratamiento que vino recibiendo: marcar la denominación y luego especificar con abreviatura el esquema de tratamiento y la fecha de inicio del mismo. A continuación consignar brevemente la evolución durante dicho tratamiento y consignar su regularidad.
- 8. Reacciones Adversas a Medicamentos:** llenar solo en caso de haberse reportado RAM, especificar los detalles indicados.
- 9. Radiología:** indicar el tipo de lesiones en cada región pulmonar usando la siguiente clave de números: 1) Caverna, 2) Tractos fibrosos, 3) Infiltrado alveolar, 4) Neumotórax, 5) Derrame pleural, 6) Nódulo, 7) Miliar, 8) Bula, 9) Ganglio intra-torácico, 10) Cambios quirúrgicos, 11) Otros, especificar.
- 10. Conclusiones y recomendaciones del Médico Tratante:** debe incluir en forma sucinta el diagnóstico, alguna condición particular o especial de manejo sugerido y motivo de envío del caso a evaluación por consultor.
- 11. Opinión del Consultor:** debe ser llenada por el médico consultor, en ella se debe consignar el lugar y fecha de la evaluación, una breve descripción del caso y sus conclusiones y recomendaciones. Debe marcarse la condición de ingreso que corresponda, el diagnóstico de ingreso y el tipo de esquema indicado con los medicamentos en siglas. A continuación describir el plan de trabajo que debe ser ejecutado por el equipo multidisciplinario del EESS de origen.

EL ORIGINAL DE ESTE FORMATO DEBE QUEDAR EN LA HISTORIA CLINICA Y LA COPIA DEBE PERMANECER EN LA ESTRATEGIA PARA LOS TRÁMITES CORRESPONDIENTE.