

ANEXO N° 8: RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA DE LA PERSONA AFECTADA POR TB DROGORRESISTENTE

DIRIS/DIRESA/GERESA: _____ FECHA: _____

E.S. _____ RIS/RED/MICRORRED _____

1. DATOS DEMOGRÁFICOS

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	Resultado de tratamiento

4. PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE LA PERSONA AFECTADA: R: drogorresistente S: sensible

Laboratorio	Código	Fecha de muestra	R	H	Z	Lfx	Mfx	Bdq	Lzd	Cfz	Dlm			

5. CASOS ÍNDICE CON TB: Situación actual: en tratamiento, curado, tratamiento completo, fracaso al tratamiento, perdido en el seguimiento, fallecido.

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

PRUEBA DE SENSIBILIDAD DEL CASO ÍNDICE: R: drogorresistente S: sensible

Laboratorio	Código	Fecha de muestra	R	H	Z	Lfx	Mfx	Bdq	Lzd	Cfz	Dlm			

6. CONDICIÓN ACTUAL:

Fiebre Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Peso normal? _____	Dificultad respiratoria Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otros Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____
---	--	--	--

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

7. ESQUEMA ACTUAL: _____ Fecha de inicio: _____

EVOLUCIÓN: _____

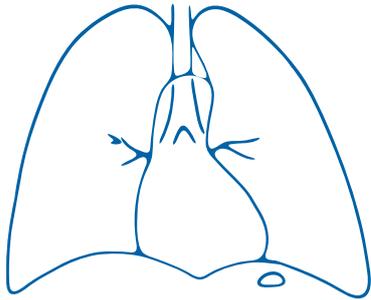
REGULARIDAD AL ÚLTIMO TRATAMIENTO:

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

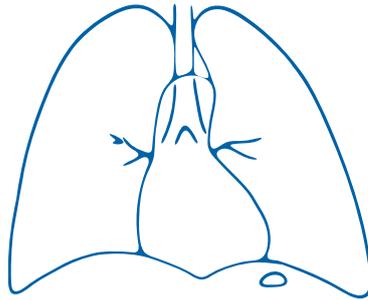
8. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM):

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 intratorácico
- (10) Cambios quirúrgicos
- (11) Otros, especificar

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

 Médico tratante
 Firma y sello

11. OPINIÓN DEL CONSULTOR

Lugar y fecha: _____

CONDICIÓN DE INGRESO

- Nuevo ()
 - Recaída ()
 - Pérdida en el seguimiento ()
 - Fracaso al tratamiento* ()
- (*) Especificar causa: _____

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

TB-Hr () TB-RR/MDR () TB-XDR () Otros (): _____

ESQUEMA INDICADO

- Hr () _____
- BPaLM () _____
- BPaL () _____
- BLC () _____
- BLCC () _____
- Parenteral (TB-XDR) () _____
- Modificado: Apoyo por RAM/comorbilidad () _____
- Otros: () _____

PLAN DE TRABAJO

Médico Consultor
Firma y sello

INSTRUCTIVO ANEXO N° 8: RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA DE LA PERSONA AFECTADA POR TB DROGORRESISTENTE

El Resumen de la historia clínica será realizado por el médico cirujano del establecimiento de salud de la persona afectada por tuberculosis (PAT), bajo responsabilidad. Utilizar letra clara y legible.

Consignar los datos del E.S. y fecha de elaboración 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 de la PAT 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 TAR, 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 de la PAT:** 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 a la PAT evaluada. No incluir contactos que hayan podido adquirir la enfermedad de la PAT. 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 se documenta en el expediente de la PAT.

- 6. Condición actual:** Llenar la información requerida e incluir todos los detalles necesarios para tener un panorama claro de la condición clínica de la PAT en el momento de la evaluación.
- 7. Esquema actual:** Se refiere al último esquema de tratamiento que ha recibido: 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 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 intratorácico, 10) Cambios quirúrgicos, 11) Otros, especificar.
- 10. Conclusiones y recomendaciones del médico tratante:** Incluye 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:** Es llenada por el médico consultor. Se consigna el lugar y fecha de la evaluación, una breve descripción del caso y sus conclusiones y recomendaciones. Se marca 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 será ejecutado por el equipo multidisciplinario del E.S. de origen.

EL ORIGINAL DE ESTE FORMATO QUEDARÁ EN LA HISTORIA CLÍNICA Y LA COPIA PERMANECERÁ EN LA ESTRATEGIA PARA LOS TRÁMITES CORRESPONDIENTES.