

ANEXO N° 15: FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA PARA LA PERSONA AFECTADA POR TB Y FAMILIA

DIRIS/DIRESA/GERESA: RED/MICRORED/RIS: Establecimiento de Salud:

FECHA: / /

I. DATOS GENERALES DE LA PERSONA AFECTADA CON TB (PAT)

Apellidos y nombres: Edad: Fecha de nacimiento: / /

Sexo: M F N° de teléfono: Sector: Ficha familiar:

Historia clínica: Tipo de tuberculosis: Sensible Resistente Fecha de inicio de tratamiento: / /

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA DE LA PAT

Localización de la vivienda: Urbano Rural Tipo de vivienda: Unifamiliar Multifamiliar Vivienda en vecindad

Material de construcción: Madera/estera Adobe Noble (ladrillos, cemento) Tiempo para llegar al E.S. cercano:

Medio de transporte frecuente: Número de personas por dormitorio:

III. TIPO DE VISITA DOMICILIARIA: Primer contacto Seguimiento

IV. MOTIVO DE LA VISITA DOMICILIARIA

Marque según corresponda:

PRIMER CONTACTO	SEGUIMIENTO
Verificar la ubicación del domicilio, entorno y situación familiar de la persona afectada por TB.	Inasistencia al E.S. para la toma del tratamiento indicado.
Educación y orientación al grupo familiar sobre el plan de tratamiento de la persona afectada por TB e importancia del soporte familiar.	Inasistencia al E.S. para la toma del tratamiento preventivo.
Realizar o confirmar el censo de contactos.	Inasistencia de los contactos para el control programado.
	Identificación y censo de nuevos contactos.
	Supervisión de la ejecución de las medidas de control de infecciones respiratorias.
	Identificación de caso presuntivo de TB entre los contactos.
	Verificación del cumplimiento de acuerdos asumidos por la PAT y familia en visitas anteriores.

V- VALORACIÓN DE LA PAT Y FAMILIA (aspecto general de la PAT, actitud de la PAT frente a la visita, relación entre los miembros del hogar)

VI.COMPOSICIÓN FAMILIAR DE LA PAT

En la visita de primer contacto registrar a **todos** los miembros que componen la familia. En las visitas de seguimiento registrar **solo** a los nuevos miembros de la familia.

N°	Apellidos y nombres	DNI	EDAD	Sexo		Parentesco	Antecedente como caso de TB	Antecedente e de TPT	Caso presuntivo de TB
				F	M				
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

VII. ACTIVIDADES REALIZADAS

a. En esta sección el personal de la salud explora los motivos por la cual la PAT y los contactos no han cumplido con:

La asistencia al E.S. para toma del tratamiento indicado		La asistencia al E.S. para la toma del tratamiento preventivo		La asistencia de los contactos para el control programado.	
Motivos	Marque	Motivos	Marque	Motivos	Marque
Laboral.		Laboral.		Laboral.	
Estudios.		Estudios.		Estudios.	
Se siente bien de salud.		Se siente bien de salud.		Se siente bien de salud.	
Estuvo enfermo.		Estuvo enfermo.		Estuvo enfermo.	
Ubicación del E.S.		Ubicación del E.S.		Ubicación del E.S.	
Insatisfacción con la atención en el E.S.		Insatisfacción con la atención en el E.S.		Insatisfacción con la atención en el E.S.	
Presenta malestar al tomar el medicamento.		Presenta malestar al tomar el medicamento.		Presenta malestar al tomar el medicamento.	
Asuntos familiares.		Asuntos familiares.		Asuntos familiares.	
Creencias y costumbres que afectan el cumplimiento del tratamiento.		Creencias y costumbres que afectan el cumplimiento del tratamiento.		Creencias y costumbres que afectan el cumplimiento del tratamiento.	
Otros (especificar):		Otros (especificar):		Otros (especificar):	

b. Supervisión de la ejecución de las medidas de control de infecciones respiratorias

Preguntas exploratorias	Respuesta		
	SI	NO	N/A
a) ¿Todas las personas que viven en su hogar han sido evaluados sobre TB en el E.S.?			
b) Su cuidador utiliza mascarilla: 1. ¿Cuándo le lleva los alimentos? 2. ¿Cuándo le lleva la medicina? 3. ¿Cuándo está cerca de usted?			
c) ¿Usted usa mascarilla descartable?			
d) ¿Tiene una habitación exclusiva para usted?			
e) ¿Su habitación cuenta con puerta y ventana permitiendo la ventilación e iluminación natural?			
f) ¿En la casa, los ambientes de uso común (sala, cocina, comedor, baño) cuentan con puerta y ventana permitiendo la ventilación e iluminación natural?			
g) ¿Usted y/o su familia se encarga de mantener los ambientes de la casa en orden favoreciendo una adecuada ventilación e iluminación?			

c. Consejerías:

Luego de la identificación de los problemas y/o necesidades de salud de la PAT y familia, es necesario reforzar sus conocimientos y hábitos sobre TB. Por ello, seleccione los temas de consejería necesarios para la PAT y familia.

TEMAS	MARQUE
La importancia del control de salud de los contactos en relación a la TB.	
Prevención y control de infecciones en el domicilio.	
Prevención de la TB y salud respiratoria.	
El lavado de manos.	
Estilos de vida saludable.	
Otros:	

VIII. COMPROMISOS ASUMIDOS

Firma del responsable de la visita domiciliaria

Firma de la PAT

Firma de familiar y/o cuidador de la PAT