

Información General

Fecha de registro	aaaa/mm/dd	Fecha de recepción de la muestra o el aislamiento	LSP: aaaa/mm/dd	Tipo de muestra
			LNR -INS: aaaa/mm/dd	
Entidad solicitante	Departamento/Distrito		Municipio	

Datos de Identificación de la Persona

N° de Identificación: _____ Tipo de identificación: CC ☐ NUIP ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ MSI ☐ ASI ☐ Sexo: ☐ F ☐ M

Nombres y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: aaaa/mm/dd Edad _____ Días ☐ Meses** ☐ Años ☐ Ocupación: _____

Municipio de residencia: _____ Teléfono: _____

Dirección residencia: _____

Pertenencia Étnica

OTRO ☐ ROM ☐ RAIZAL ☐ PAL ☐ AFRO ☐ IND ☐ Comunidad, asentamiento:

Regimen de Afiliación

Contributivo ☐ Especial ☐ No afiliado ☐ Subsidiado ☐ Excepción ☐ Aseguradora:

Tipo de Tuberculosis

Pulmonar ☐ Extrapulmonar ☐ Localización:

Tipo de persona

Nueva ☐ Previamente tratada ☐

Condición de Ingreso Previamente Tratado

Condición	Fecha de Diagnóstico	Condición	Fecha de Diagnóstico
Fracaso categoría I <input type="checkbox"/>	aaaa/mm/dd	Abandono recuperado Categoría II <input type="checkbox"/>	aaaa/mm/dd
Fracaso categoría IV <input type="checkbox"/>	aaaa/mm/dd	Recaída Categoría I <input type="checkbox"/>	aaaa/mm/dd
Abandono recuperado categoría I <input type="checkbox"/>	aaaa/mm/dd	Recaída Categoría IV <input type="checkbox"/>	aaaa/mm/dd
Abandono recuperado Categoría IV <input type="checkbox"/>	aaaa/mm/dd	Recaída Categoría II <input type="checkbox"/>	aaaa/mm/dd
Numero de tratamientos recibidos <input type="text"/>	Número de dosis recibidas <input type="text"/>	Medicamentos recibidos por mas de un mes	1ra Línea <input type="text"/> 2da Línea <input type="text"/>

En caso de previamente tratado anexe a este formato la ficha de tratamiento de la persona

Exámenes Solicitados / Exámenes Realizados

Registre S, en caso de solicitar el examen y
R en caso de ser un examente realizado:

Baciloscopia ☐ Identificación ☐
Cultivo ☐ PCR Cerrado en tiempo real: ☐

Prueba de Sensibilidad a Fármacos (toda muestra debe ser evaluada por metodos convencionales)

Convencional ☐ Molecular: PCR Cerrado en tiempo real: ☐ Sondas genéticas ☐
Otro ☐ Mencione cual: _____

En caso que marque Exámenes Realizados por favor anexe a este formato los resultados

Condición Objeto de la prueba

Población Vulnerable	Población de Alto Riesgo
Privada de la libertad <input type="checkbox"/>	Persona que convive con VIH <input type="checkbox"/>
Escolar <input type="checkbox"/>	Sospecha de fracaso (Baciloscopia positiva al 2° mes de tratamiento) <input type="checkbox"/>
Personal de salud <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
Albergues geriátricos <input type="checkbox"/>	Otros factores Inmunosupresores (Cáncer, quemados, trasplantados y tratamiento Inmunosupresor) <input type="checkbox"/>
Fuerzas militares y de Policía <input type="checkbox"/>	Desnutrición <input type="checkbox"/>
Habitante de calle <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Población Migrante <input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica <input type="checkbox"/>
	Farmacodependencia (Alcohol, tabaco y drogas) <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/> Mencione cual: _____	<p>Persona que falleció con TB <input type="checkbox"/></p> <p>Contacto de la persona que fallece con TB <input type="checkbox"/></p> <p>Control de tratamiento de categoría IV <input type="checkbox"/></p> <p>Contacto de la persona con TB Resistente <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre Completo del contacto: _____</p> <p>N° de Identificación del contacto: _____</p>
Resultado prueba de VIH: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No realizada <input type="checkbox"/> Sin dato <input type="checkbox"/>	



Información del Laboratorio

	Fecha de resultado	Resultado										
Baciloscopia	aaaa/mm/dd	(-) <input type="text"/> N° Baar si son < 9 bacilos <input type="text"/> (+) <input type="text"/> (++) <input type="text"/> (+++) <input type="text"/>										
Cultivo	Numero original	Fecha de Siembra	Fecha de resultado	Número colonias si son <20 colonias			Tiempo de crecimiento en medio solido	1 sem	4 sem	8 sem	12 sem	16 sem
		aaaa/mm/dd	aaaa/mm/dd	(+) <input type="text"/>	(++) <input type="text"/>	(+++) <input type="text"/>						
Cultivo Medio Líquido (esta prueba siempre se realiza sembrando también en medio sólido)												
Numero original	Fecha de Siembra	Fecha de resultado	Resultado de la identificación					Tiempo de crecimiento del cultivo en medio liquido (dias):				
	aaaa/mm/dd	aaaa/mm/dd										

Observaciones:

Nombres y apellidos persona que diligencia:

(*) (**) Para los menores de 1 año, registre la edad en días o meses según corresponda

IPS. Institución Prestadora de Servicios de salud

CC. Cédula de Ciudadanía

NUIP. Número Unico de Identificación Personal

LSP. Laboratorio de Salud Pública

CE. Cédula de Extranjería

SI. Sin Identificación

TB.Tuberculosis

LNR. Laboratorio Nacional de Referencia

TI. Tarjeta de Identidad

ROM. Población de gitanos Romani