

1. Institución  Disa/Diresa/Geresa  Red

Establecimiento de salud

2. Apellido paterno  Apellido materno  Nombres

N° de HC

Fecha de notificación

3. Ocupación  4. Peso del paciente  kg

5. N° de orden en el Libro de Registro y Seguimiento  6. Fecha de Diagnóstico

7. Fecha de ingreso al tratamiento  8. Edad  M  F

9. TB Pulmonar ☐ 10. TB extrapulmonar (especificar órgano afectado)

#### INGRESO

11. Nuevo ☐ 12. Recaída ☐ 13. Abandono recuperado ☐ 14. Otro ☐ .....

15. Transferencia recibida:

.....  
.....

16. Baciloscopia inicial

BK (+) ☐ Cultivo (+) ☐ BK (-) cultivo (-) ☐ Sin baciloscopia ☐ Biopsia (+) ☐

17. BK control: Fecha y resultado del ultimo disponible

(dd/mm/aa) Resultado:

18. Tratamiento TB sens. ☐ Estand. ☐ Individ. ☐ Emp. ☐ XDR ☐ Otro ☐ .....

19. Fase y N° de dosis cumplidas al fallecer: Primera Fase ☐ Segunda fase ☐ N° de dosis

#### FECHA Y LUGAR DE FALLECIMIENTO

20. Hospitalizado: ☐  21. Fuera del hospital: ☐

23. Enfermedades asociadas a la tuberculosis o complicaciones

23.1 ☐ Alcoholismo crónico

23.2 ☐ Asma

23.3 ☐ Desnutrición grado: I ☐ II ☐ III ☐

23.4 ☐ Diabetes Mellitus

23.5 ☐ Enfermedad pulmonar extensa (4/6 o más de ambos campos pulmonares)

23.6 ☐ Hemoptisis: Moderada ☐ Severa ☐

23.7 ☐ Infección respiratoria. Especificar

23.8 ☐ Infección VIH

23.9 ☐ Insuficiencia Renal Crónica

23.10 ☐ Hepatopatía Aguda ☐ Crónica ☐ Especificar .....

23.11 ☐ Neumoconiosis

23.12 ☐ Reacciones adversas a medicamentos (RAM). Especificar

Otros ☐ Especificar

24. Observación o ampliación del ítem N°

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

Nombre - N° de colegiatura del profesional notificante

N°

.....  
Fecha

.....  
Firma y sello