

1. Institución	Disa/Diresa/Geresa	Red	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Establecimiento de salud <input type="text"/>			
2. Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nº de HC	Fecha de notificación	<input type="text"/> <input type="text"/>	
3. Ocupación	<input type="text"/>	4. Peso del paciente <input type="text"/> kg	
5. N° de orden en el Libro de Registro y Seguimiento	<input type="text"/>	6. Fecha de Diagnóstico <input type="text"/>	
7. Fecha de ingreso al tratamiento	<input type="text"/>	8. Edad <input type="text"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
9. TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	10. TB extrapulmonar (especificar órgano afectado) <input type="text"/>		
INGRESO			
11. Nuevo <input type="checkbox"/>	12. Recaída <input type="checkbox"/>	13. Abandono recuperado <input type="checkbox"/>	14. Otro <input type="checkbox"/>
15. Transferencia recibida: 			
16. Baciloscopía inicial BK (+) <input type="checkbox"/> Cultivo (+) <input type="checkbox"/> BK (-) cultivo (-) <input type="checkbox"/> Sin baciloscopía <input type="checkbox"/> Biopsia (+) <input type="checkbox"/>			
17. BK control: Fecha y resultado del ultimo disponible <input type="text"/> (dd/mm/aa) Resultado: <input type="text"/>			
18. Tratamiento TB sens. <input type="checkbox"/> Estand. <input type="checkbox"/> Individ. <input type="checkbox"/> Emp. <input type="checkbox"/> XDR <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
19. Fase y N° de dosis cumplidas al fallecer: Primera Fase <input type="checkbox"/> Segunda fase <input type="checkbox"/> N° de dosis <input type="text"/>			
FECHA Y LUGAR DE FALLECIMIENTO			
20. Hospitalizado: <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	21. Fuera del hospital: <input type="checkbox"/> <input type="text"/>		

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 notificador

N°

Fecha

Firma y sello