Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

JUNTOS ELIMINAMOS LA TUBERCULOSIS

Programa de Tuberculosis

PROGRAMA DE CONTROL Y ELIMINACION DE LA TUBERCULOSIS (PROCET)

REGISTROS

ANA CONTRERAS CORTES
ENFERMERA EQUIPO TBC
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

LIBRO DE REGISTRO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS
TARJETA DE REGISTRO DE TRATAMIENTO TBC
AUDITORÍA DE MUERTE POR TUBERCULOSIS
AUDITORÍA DE ABANDON
TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS
SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS
INFORME DE TRASLADO DE PACIENTES TBC
BOLETÍN DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA
REGISTRO NACIONAL ELECTRÓNICO DE TUBERCULOSIS
INFORME MENSUAL DE MEDICAMENTOS PARA LA TUBERCULOSIS

¿Para que sirven los registros?

- **Entregan en forma oportuna información sobre la cantidad y calidad de la labor efectuada.**
- **Permiten identificar problemas y buscar oportunamente la solución en cada nivel de la estructura de salud.**
- **Los libros de registros constituyen la memoria del programa y el testimonio de la labor efectuada.**

REGISTROS USADOS EN LA: LOCALIZACION DE CASOS

- **LIBRO DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS.**

- **SOLICITUD DE INVESTIGACION BACTERIOLOGICA DE TUBERCULOSIS.**

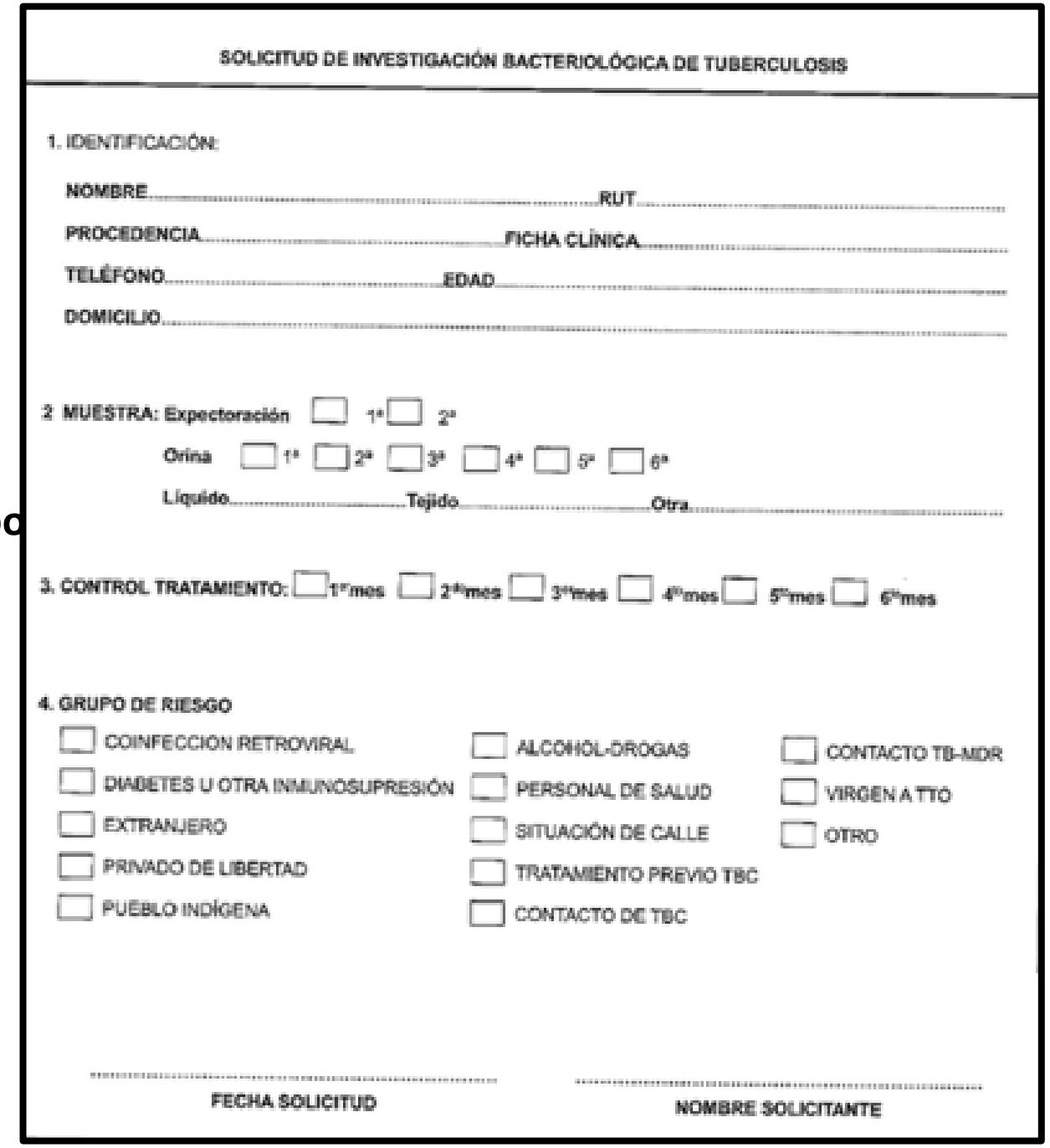
SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA

OBJETIVOS:

Proporciona al laboratorio información de la situación del paciente al momento de realizar la investigación bacteriológica.

La información permite al profesional del laboratorio discriminar que técnicas deberá utilizarse en cada caso.

Nombre Rut, edad, centro derivador, dirección, teléfono, tipo de muestra, grupo riesgo, fecha solicitud



SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS

1. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE..... RUT.....

PROCEDENCIA..... FICHA CLÍNICA.....

TELÉFONO..... EDAD.....

DOMICILIO.....

2 MUESTRA: Expectoración ☐ 1ª ☐ 2ª

Orina ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ 4ª ☐ 5ª ☐ 6ª

Líquido..... Tejido..... Otra.....

3. CONTROL TRATAMIENTO: ☐ 1ºmes ☐ 2ºmes ☐ 3ºmes ☐ 4ºmes ☐ 5ºmes ☐ 6ºmes

4. GRUPO DE RIESGO

☐ COINFECCION RETROVIRAL
☐ DIABETES U OTRA INMUNOSUPRESIÓN
☐ EXTRANJERO
☐ PRIVADO DE LIBERTAD
☐ PUEBLO INDÍGENA
☐ ALCOHOL-DROGAS
☐ PERSONAL DE SALUD
☐ SITUACIÓN DE CALLE
☐ TRATAMIENTO PREVIO TBC
☐ CONTACTO DE TBC
☐ CONTACTO TB-MDR
☐ VIRGEN A TTO
☐ OTRO

....

FECHA SOLICITUD NOMBRE SOLICITANTE

LIBRO DE REGISTRO DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS

OBJETIVOS

- **Conocer el número de SR a quienes se les ha solicitado muestra en el establecimiento.**
- **Conocer el número de muestras procesadas y los casos diagnosticados.**
- **Verificar tiempos de demora en obtención de la muestra, envío de la muestra y obtención del resultado. Permite evaluar coordinación con el Laboratorio.**
- **Permite monitorear mensualmente la estrategia de localización de casos.**

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERULOSIS

REGISTRO DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS

ESTABLECIMIENTO | **RESPONSABLE:**

Nº DE ORDEN	Nº DE FICHA	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD		DOMICILIO	FECHA Y RESULTADOS							OBSERVACIONES
			M	F		FECHA ENTREGA 1ª MUESTRA	FECHA RESULT. 1ª MUESTRA	RESULT.1ª MUESTRA	FECHA ENTREGA 2ª MUESTRA	FECHA RESULT.2ª MUESTRA	RESULT. 2ª MUESTRA	FECHA RESULTADO CULTIVO	

REGISTROS USADOS EN LA ACTIVIDAD DE TRATAMIENTO

- BOLETIN DE NOTIFICACION.
- TARJETA DE TRATAMIENTO.
- LIBRO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CASOS.
- INFORME DE TRASLADO

BOLETIN DE NOTIFICACION ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

- **La TBC es una enfermedad de <u>notificación obligatoria diaria.</u>**

- **Permite llevar el control y evolución epidemiológica de la enfermedad.**

BOLETÍN ENO

BOLETÍN NOTIFICACIÓN ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (ENO)

1. NOMBRE ESTABLECIMIENTO — Código Establecimiento
2. OFICINA PROVINCIAL — Código Oficina Provincial
3. SEREMI — Código SEREMI
4. Nº HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

5. NOMBRE DEL PACIENTE — Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombres
6. RUT
7. SEXO — 1. Hombre 2. Mujer
8. FECHA DE NACIMIENTO — Día Mes Año
9. EDAD
10. UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD: — 1. Días 2. Meses 3. Años
11. NACIONALIDAD (Sólo extranjeros) — Código
12. PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO — 1. Alacalufe (Kawashkar) 2. Atacameño 3. Aimara 4. Colla 5. Diaguita 6. Mapuche 7. Quechua 8. Rapa Nui 9. Yámana (Yagán) 0. Ninguna
13. DOMICILIO — Calle / Nº / Depto. / Población / Código Postal
14. COMUNA DE RESIDENCIA — Código Comuna
15. TELÉFONO
16. CONDICIÓN DE ACTIVIDAD — 0. Inactivo(a) 1. Activo(a)
17. OCUPACIÓN — Código Ocupación
18. CATEGORÍA OCUPACIONAL — 1. Patrón/Empresario 2. Empleado 3. Obrero 4. Trabajador independiente

DATOS CLÍNICOS:

19. DIAGNÓSTICO CONFIRMADO — CIE10
20. OTRO DIAGNÓSTICO CONFIRMADO (Registrar sólo si en el anterior diagnóstico se declara una TBC) — CIE10
21. FECHA 1ros SÍNTOMAS — Día Mes Año
22. PAÍS DE CONTAGIO — 1. Chile 2. Extranjero — PAÍS
23. ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN — 1. Sí 2. No 3. Ignorado 4. No corresponde
24. CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA — 1. Clínica (Incluye Imagenología) 2. Epidemiológica 3. Frotis 4. Cultivo 5. Serología 6. Biopsia 7. Autopsia
25. EMBARAZO — 1. Sí 2. No 3. No corresponde

COMPLETAR SÓLO SÍ LA DECLARACIÓN CORRESPONDE A TBC

26. INDICAR SI CORRESPONDE A — 1. Caso nuevo 2. Recaída
27. SÓLO PARA RECAÍDAS — 1. Igual Localización 2. Otra

DATOS DEL PROFESIONAL QUE NOTIFICA

28. NOMBRE: — Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombres
29. TELÉFONO — Correo electrónico
30. RUT

FECHA DE NOTIFICACIÓN

31. FECHA DE NOTIFICACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO — Día Mes Año
32. FECHA DE NOTIFICACIÓN DESDE LA SEREMI AL MINSAL — Día Mes Año

¿Que se notifica?

Se notifican los casos de tuberculosis en todas sus formas y localizaciones que se consideren activos y en los cuales se ha decidido iniciar un tratamiento específico, incluyendo los casos sin confirmación bacteriológica.

Se notifican los casos nuevos de tuberculosis, diagnosticados por primera vez.

Se notifican los casos de recaída. Se entenderá por recaída la comprobación de una tuberculosis activa en una persona que ha completado un tratamiento y ha sido dado de alta como inactivo

NO SE NOTIFICAN

LOS FRACASOS DE TRATAMIENTO.

LOS REINGRESOS DE ABANDONOS.

LOS ENFERMOS TRASLADADOS DE OTROS ESTABLECIMIENTOS.

LA TUBERCULOSIS LATENTE

Flujo de Derivación del Boletín ENO

- **La notificación debe ser realizada por el médico que hace el diagnóstico de TBC.**

- **Este boletín debe ser enviado dentro del día a: UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA DE LA SEREMI DE SALUD DE LA CUARTA REGION.**

- **CON COPIA AL EQUIPO TECNICO DE TBC DEL SERVICIO DE SALUD.**

TARJETA DE REGISTRO DE TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

OBJETIVOS

- **Llevar el registro por cada "caso" de las actividades relacionadas con el tratamiento en el PROCET, y la evolución bacteriológica del caso.**

- **Conocer la regularidad en la administración del tratamiento, el cumplimiento de todas las dosis y el tiempo en que se administra.**

- **Obtener la información del estudio de contactos.**

TARJETA DE TRATAMIENTO TBC

9. TARJETA DE REGISTRO DE TRATAMIENTO TBC

TARJETA DE REGISTRO DE TRATAMIENTO TBC
NOMBRE _____ EDAD _____ RUT _____
FICHA _____ ESTABLECIMIENTO _____ FECHA _____
DIRECCIÓN _____
COMUNA _____ FONO _____
SERVICIO DE SALUD _____ NACIONALIDAD _____

DIAGNÓSTICO: TBC PULM _____
TBC EXTRAPULMONAR _____ ÓRGANO _____
CASO NUEVO____ RECAÍDA____ REING. AB____
CONFIRMACIÓN:
KOCH ___ CULTIVO___ BIOPSIA ___ S/CONF.___
NOTIFICACIÓN:
SÍ ___ FECHA _____ PEND. ___

OCUPACIÓN _____ **PUEBLO INDÍGENA DECLARADO** _____
RIESGO DE ABANDONO: ALTO (45 y más) _____ **MEDIANO (25 a 44)** _____ **BAJO (< de 25)** _____

AÑO Y MES	TRATAMIENTO EFECTUADO																TOTAL ASIST. MES	ESQUEMA TRAT. FECHA	KOCH		PESO	OBSERVACIONES Y VISITA DOMICILIARIA
																			D	C		
	1 – 17	2 – 18	3 – 19	4 – 20	5 – 21	6 – 22	7 – 23	8 – 24	9 – 25	10 – 26	11 – 27	12 – 28	13 – 29	14 – 30	15 – 31	16						
	1 – 17	2 – 18	3 – 19	4 – 20	5 – 21	6 – 22	7 – 23	8 – 24	9 – 25	10 – 26	11 – 27	12 – 28	13 – 29	14 – 30	15 – 31	16						
	1 – 17	2 – 18	3 – 19	4 – 20	5 – 21	6 – 22	7 – 23	8 – 24	9 – 25	10 – 26	11 – 27	12 – 28	13 – 29	14 – 30	15 – 31	16						
	1 – 17	2 – 18	3 – 19	4 – 20	5 – 21	6 – 22	7 – 23	8 – 24	9 – 25	10 – 26	11 – 27	12 – 28	13 – 29	14 – 30	15 – 31	16						
	1 – 17	2 – 18	3 – 19	4 – 20	5 – 21	6 – 22	7 – 23	8 – 24	9 – 25	10 – 26	11 – 27	12 – 28	13 – 29	14 – 30	15 – 31	16						
	1 – 17	2 – 18	3 – 19	4 – 20	5 – 21	6 – 22	7 – 23	8 – 24	9 – 25	10 – 26	11 – 27	12 – 28	13 – 29	14 – 30	15 – 31	16						
	1 – 17	2 – 18	3 – 19	4 – 20	5 – 21	6 – 22	7 – 23	8 – 24	9 – 25	10 – 26	11 – 27	12 – 28	13 – 29	14 – 30	15 – 31	16						
	1 – 17	2 – 18	3 – 19	4 – 20	5 – 21	6 – 22	7 – 23	8 – 24	9 – 25	10 – 26	11 – 27	12 – 28	13 – 29	14 – 30	15 – 31	16						
	1 – 17	2 – 18	3 – 19	4 – 20	5 – 21	6 – 22	7 – 23	8 – 24	9 – 25	10 – 26	11 – 27	12 – 28	13 – 29	14 – 30	15 – 31	16						
	1 – 17	2 – 18	3 – 19	4 – 20	5 – 21	6 – 22	7 – 23	8 – 24	9 – 25	10 – 26	11 – 27	12 – 28	13 – 29	14 – 30	15 – 31	16						

AÑO Y MES	TRATAMIENTO EFECTUADO																TOTAL Asist. mes	ESQUEMA TRAT. FECHA	KOCH		PESO	VISITA DOMICILIARIA
																			D	C		
	1 - 17	2 - 18	3 - 19	4 - 20	5 - 21	6 - 22	7 - 23	8 - 24	9 - 25	10 - 26	11 - 27	12 - 28	13 - 29	14 - 30	15 - 31	16						
	1 - 17	2 - 18	3 - 19	4 - 20	5 - 21	6 - 22	7 - 23	8 - 24	9 - 25	10 - 26	11 - 27	12 - 28	13 - 29	14 - 30	15 - 31	16						

CAUSA EGRESO DE TRATAMIENTO : CURADO CONFIRMADO: ..... CURADO SIN CONFIRMAR ..... ABANDONO ..... FALLECIDO POR TBC ..... FALLECIDO CON TBC ..... FRACASO ..... TRASLADO .....

ESTUDIO DE CONTACTOS

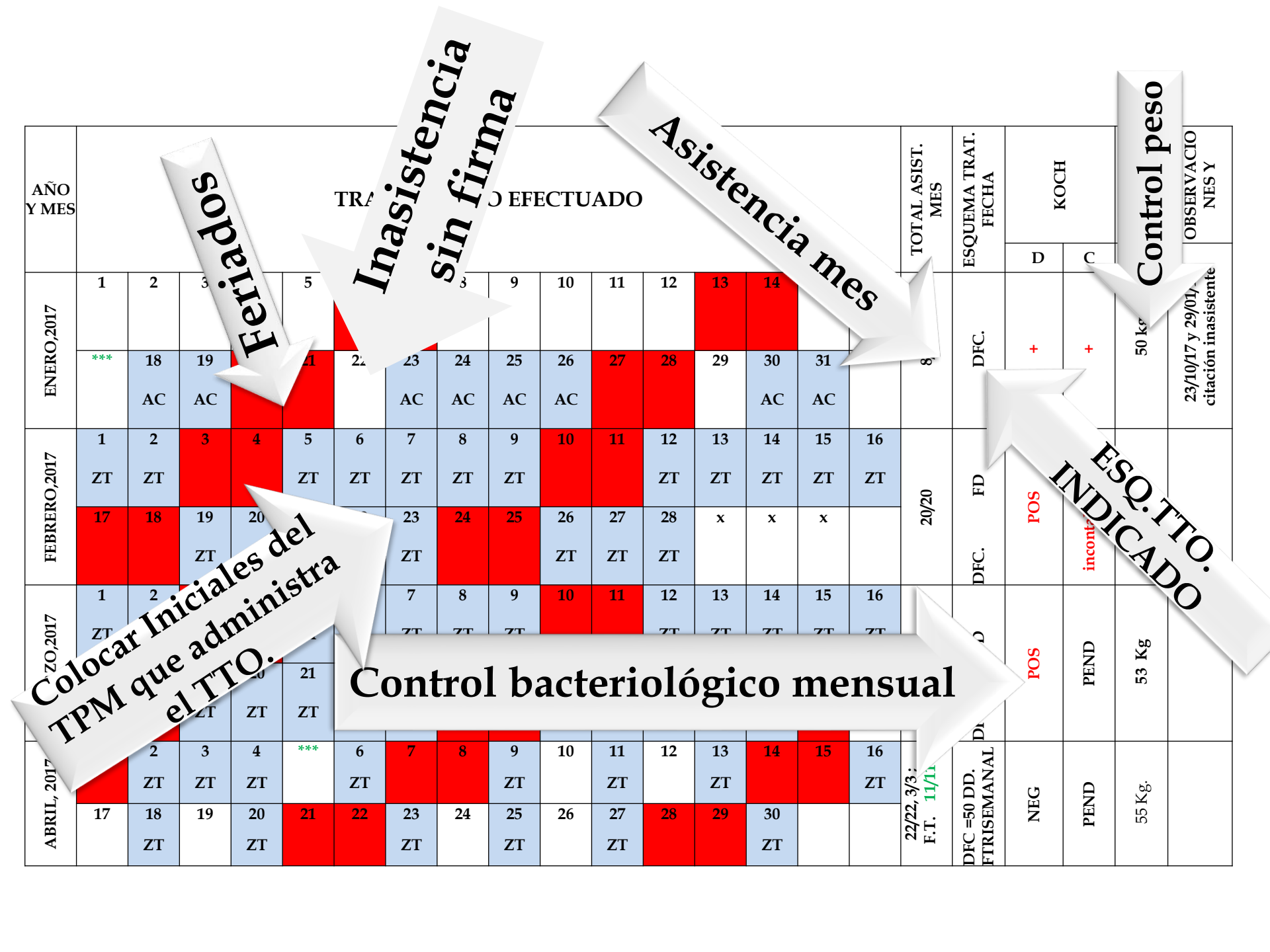
CONTACTOS: *Fecha Censo .....* *Nombre Completo del contacto*	EDAD	Sintomático Respiratorio		CICATRIZ BCG	PPD en mm	Rx EFECTUA-DA	BACTERIOLOGIA.		CONCLUSION DIAGNOSTICA	DERIVADO A	FECHA
		Si	No				D	C			

CONSULTA ENFERMERA

CONSULTA	FECHA	CONTENIDO EDUCATIVO	OBSERVACIONES
INGRESO			
CAMBIO FASE			
ALTA			
OTRAS			

RIESGO DE ABANDONO

FACTORES	PUNTAJE
ALCOHOLISMO	10 PUNTOS
SIN PREVISION	15 PUNTOS
VIVE SOLO	20 PUNTOS
DROGADICCION	25 PUNTOS
ABANDONOS ANTERIORES	35 PUNTOS



AÑO Y MES	TRA… O EFECTUADO															TOTAL ASIST. MES	ESQUEMA TRAT. FECHA	KOCH			OBSERVACIONES Y
																		D	C		
ENERO,2017	1	2	3	5		9	10	11	12	13	14					8	DFC.	+	+	50 kg	23/10/17 y 29/01/ citación inasistente
	***	18 AC	19 AC	21	22	23 AC	24 AC	25 AC	26 AC	27	28	29	30 AC	31 AC							
FEBRERO,2017	1 ZT	2 ZT	3	4	5 ZT	6 ZT	7 ZT	8 ZT	9 ZT	10	11	12 ZT	13 ZT	14 ZT	15 ZT	16 ZT	20/20	FD			
	17	18	19 ZT	20		23 ZT	24	25	26 ZT	27 ZT	28 ZT	x	x	x			DFC.	POS	incont		
ZO,2017	1 ZT	2			21 ZT		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		D	POS	PEND	53 Kg	
ABRIL, 2017		2 ZT	3 ZT	4 ZT	***	6 ZT	7	8	9 ZT	10	11 ZT	12	13 ZT	14	15	16 ZT	22/22, 3/3 : F.T. 11/11	DFC =50 DD. FTRISEMANAL	NEG	PEND	55 Kg.	
	17	18 ZT	19	20 ZT	21	22	23 ZT	24	25 ZT	26	27 ZT	28	29	30 ZT								

INFORME DE TRASLADO

OBJETIVO:

- **Proporcionar la información actualizada del paciente en el momento que es trasladado a otro Servicio o Consultorio.**

- **Permitir la continuidad del tratamiento.**

INFORME DE TRASLADO DE PACIENTES TBC.

INFORME DE TRASLADO DE PACIENTES TBC

NOMBRE .....
EDAD..... FICHA ..... RUT ..... FECHA TRASLADO .....

ORIGEN.	DESTINO
SERVICIO DE SALUD ..... ESTABLECIMIENTO ..... COMUNA ..... FONO	SERVICIO DE SALUD ..... ESTABLECIMIENTO .....

LUGAR DE TRASLADO DEL PACIENTE
DOMICILIO..... COMUNA ..... FONO .....

DIAGNOSTICO TBC: PULMONAR ☐ EXTRAPULMONAR ☐ ORGANO .....
CONFIRMACIÓN:
DIRECTO ☐ CULTIVO ☐ BIOPSIA ☐ ADA ☐ S/ CONFIRM. ☐

TIPO DE MUESTRA .....

RIESGO DE ABANDONO:
SI .... NO .... FACTORES DE RIESGO: .....

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO:
VIRGEN A TRATAMIENTO ..... ANTES TRATADO .... RECAIDA ..... ABANDONO.....

NOTIFICACIÓN:
SI ..... FECHA ..... NO

TRATAMIENTO ACTUAL INDICADO: FECHA INICIO TRATAMIENTO: .....

FASE DIARIA	FASE BISEMANAL
TOTAL DOSIS RECIBIDAS	TOTAL DOSIS RECIBIDAS .....

DOCUMENTOS ADJUNTOS. Rx TORAX ..... TARJETA TRATAMIENTO ..... EPICRISIS .....

ANTECEDENTES MORBIDOS.: HEPATITIS ..... ALCOHOLISMO ..... DM .....
DM ..... TABACO ..... SILICOSIS ..... COINFECCIÓN RETRVIRAL .....
OTRAS .....

OBSERVACIONES: .....
.....

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL .....

ESTABLECIMIENTO QUE TRASLADA AL ENFERMO

- Copia del informe de Traslado y Tarjeta de tratamiento al paciente, para que se presente en el nuevo establecimiento donde continuará el tratamiento.

- Enviar copia del Informe de Traslado y Tarjeta de Tratamiento a la Enfermera Encargada del Programa del Servicio de Salud.

ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE INFORME DE TRASLADO

Cuando el paciente se presenta en un establecimiento, referir a la Enfermera del establecimiento para el ingreso al programa y continuación del tratamiento.

Si el paciente no se presenta, se debe efectuar Visita Domiciliaria de rescate.

El Servicio que recibe al paciente debe enviar un ACUSE DE RECIBO informando la recepción del paciente.

FORMULARIO INTERNACIONAL DE TRANSFERENCIA PACIENTES EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS

OBJETIVO:

- **Proporcionar la información actualizada del paciente en el momento que es trasladado a otro país.**

- **Permitir la continuidad del tratamiento.**

FORMULARIO INTERNACIONAL DE TRANSFERENCIA PACIENTES EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS.

1.- IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS

NOMBRE Y APELLIDOS.....

EDAD ..... **SEXO** ..... **N° Ficha Clínica** ..... **Cédula Identidad o DNI** .....

DOMICILIO	LUGAR DE ORIGEN	LUGAR DE DESTINO
Nombre Calle y N° (referencia)		
Comuna o Distrito, Departamento, Municipio		
N° de Telefono		
Pais		
A quien recurrir en caso de emergencia (nombre y teléfono)		

PUEBLO INDIGENA DECLARADO ..... **IDIOMA QUE HABLA** .....

2.- ANTECEDENTES DIAGNOSTICO EPISODIO ACTUAL DE TBC

DIAGNOSTICO TBC: PULMONAR..... **EXTRAPULMONAR**..... **ORGANO**.....

CONFIRMACIÓN:

DIRECTO (+)..... **CULTIVO (+)**..... **BIOPSIA**..... **SIN /CONF.BACTERIOLOGICA**.....

TIPO DE MUESTRA .....

PRUEBA DE SENSIBILIDAD: SI..... **NO** .....

Fecha..... **RESULTADO:** .....

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO: CASO NUEVO ..... **RECAIDA**..... **ABANDONO RECUPERADO**.....

FECHA DEL DIAGNOSTICO .....

NOTIFICACIÓN: SI ..... **NO**..... **FECHA** .....

3.-ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN USO AL MOMENTO DEL TRASLADO:

A.- Esquema de tratamiento administrado:

Virgen al Tratamiento (VT): ..... **Antes Tratado (AT):** .....

Primario simplificado: ..... **Multidrogorresistente (MDR):** .....

OTRO: (Especificar) .....

B.- Fecha inicio tratamiento: _____/_____/_____ **(día, mes, año)**

C.- Periodicidad del tratamiento: .....

D.- Fármacos administrados:

Fármaco	Dosificación	N° DOSIS ADMINISTRADAS
ISONIACIDA		
ETAMBUTOL		
ESTREPTOPICINA		
PIRAZINAMIDA		
RIFAMPICINA		
OTRO (ESPECIFICAR)		
OTRO (ESPECIFICAR)		
OTRO (ESPECIFICAR)		

4.-REACCIONES ADVERSAS AL MEDICAMENTOS (RAM): SI..... **NO** .....

ESPECIFICAR RAM .....

ESPECIFICAR FARMACO: .....

5.-PATOLOGIAS ASOCIADAS

HEPATITIS ..... **ALCOHOLISMO** ..... **DIABETES** ..... **TABAQUISMO** .....
SILICOSIS..... **INSUFICIENCIA RENAL** ..... **COINFECCIÓN RETROVIRAL** .....
OTRAS.....

6.-DOCUMENTOS ADJUNTOS:

RADIOGRAFIA: **TARJETA DE TRATAMIENTO:** **INFORME BIOPSIA:**
RESULTADO ESTUDIO DE SENSIBILIDAD: **RESULTADO ESTUDIO TIPIFICACIÓN:**
EPICRISIS: **OTROS (SEÑALAR):**

	ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN	ESTABLECIMIENTO DE DESTINO
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		
TELEFONO		
FAX		
CORREO ELECTRONICO		
DOMICILIO		

7.- INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO:

8.-IDENTIFICACION DE LA PERSONA QUE TRASLADA

NOMBRE: .....

CARGO: .....

CORREO ELECTRONICO: ..... **TELEFONO:** .....

OBSERVACIONES: .....

.....

FECHA DEL TRASLADO: .....

FIRMA DEL PROFESIONAL: .....

- *UNA COPIA DEL FORMULARIO Y DE LA TARJETA DE TRATAMIENTO DEBE SER ENTREGADA AL ENFERMO.*
- *ENVIAR EL ORIGINAL y LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS (ITEM 6) POR VIA OFICIAL.*
- *ENVIAR ACUSE DE RECIBO.*

LIBRO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CASOS

Este libro debe existir en todas las unidades que realicen tratamiento de pacientes con tuberculosis

OBJETIVO:

Registrar en forma individualizada los antecedentes personales, de diagnostico, tratamiento y egreso del paciente.

LIBRO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES

N° ORDEN	NOMBRE COMPLETO	DOMICILIO Y TELEFONO	N°FICHA	EDAD		FECHA NOTIF.	DIAGNOSTICO				ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO					SUCEPTIBILIDAD INICIAL	CONTROL BACTERIOLOGICO MENSUAL							CONDICION DE EGRESO					
												ANTES TRATAD												ALTAS					
				M	F		FECHA DIAG.	LOC	CONF	SC	VT	R	R.I.AB	F. INICIO TTO	ESQUEMA TTO.		1	2	3	4	5	6	7	CC	TT	Ab	Fr	Fallecido	TRASL.

REGISTRO NACIONAL PACIENTES TBC= RNE
(Registro Electrónico)

Registro creado en el año 1999, que entrega la información esencial para la vigilancia epidemiológica, supervisión y evaluación del Programa de Control de la Tuberculosis.

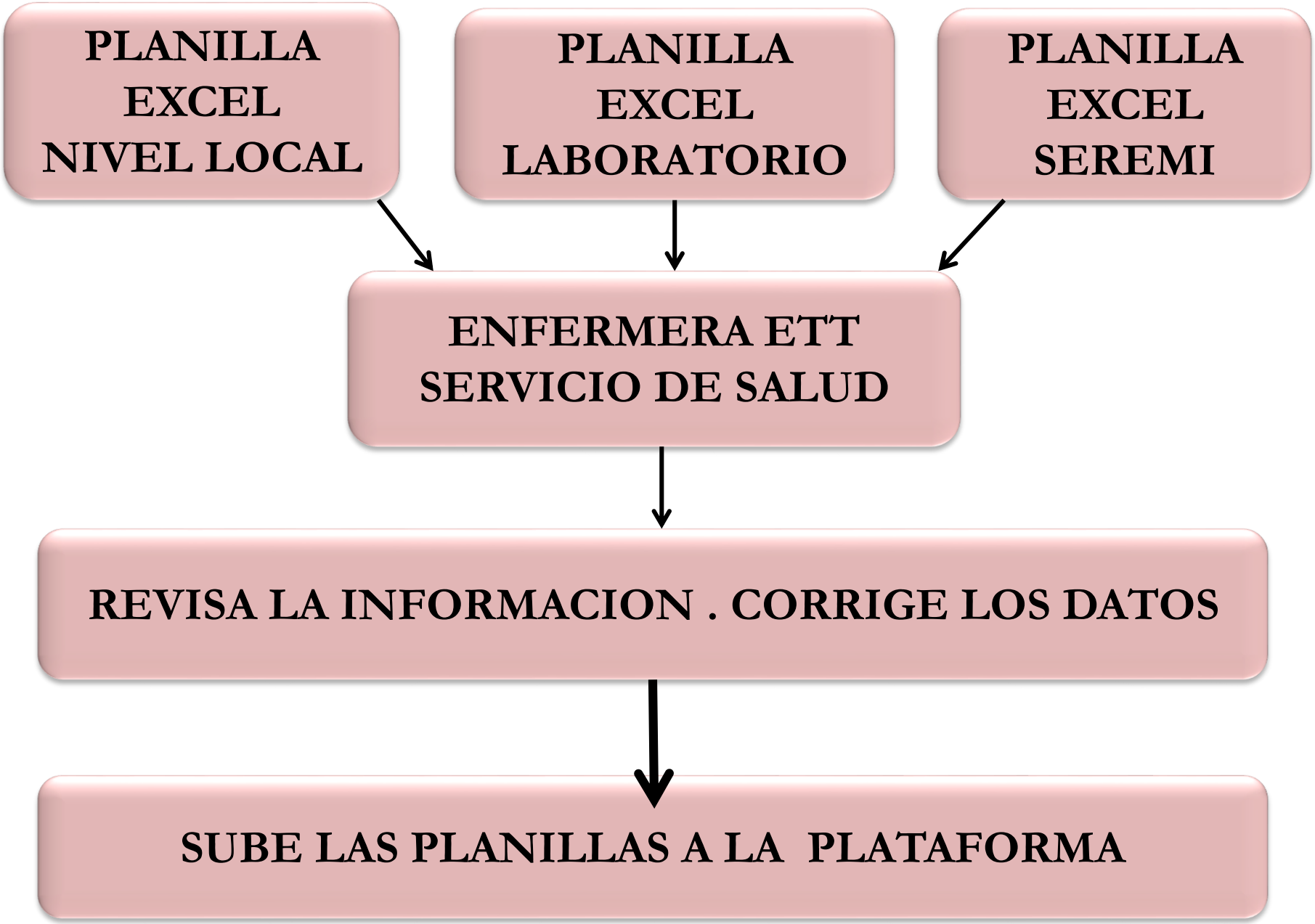
OBJETIVOS

- Conocer la situación epidemiológica y operacional del Programa.
- Realizar la evaluación del Programa.
- Analizar la información para tomar decisiones adecuadas y mejorar el cumplimiento de las acciones.
- Realizar supervisión indirecta del nivel local.

Es el resultado del cruce de:

- **Planilla mensual de casos notificados de tuberculosis, enviado por la SEREMI de Salud**
- **Planilla mensual de pacientes enviada por el nivel local.**
- **Planilla mensual de casos positivos enviado por el Laboratorio.**

¿CÓMO SE CONSTRUYE?



Registro Nacional Electrónico de Pacientes con Tuberculosis

PLANILLA LOCAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUT	DV	FECHA NAC	SEXO	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO	CIE10	CONFIRMACIÓN	CASO	CODIGO COMUNA RESIDENCIA	CÓDIGO SERVICIO DE RESIDENCIA	REGION	LUGAR DEDIAGNOSTICO	ESTADO	EGRESO	RIESGO 1	RIESGO 2	RIESGO 3	RIESGO 4	TESTEUSA	NACIONALIDAD	ASISTENCIA MENSUAL MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10

PLANILLA LABORATORIO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUT	DV	FECHA NACIMIENTO	SEXO	FECHA DEL DIAGNÓSTICO	TIPO DE MUESTRA	LOCALIZACIÓN	CONFIRMACION	CASO	PRUEBA SUSCEPTIBILIDAD INICIAL	CT1 BK	CT1 C	CT2 BK	CT2 C	CT3 BK	CT3 C	CT4 BK	CT4 C	CT5 BK	CT5 C	CT6 BK	CT6 C	CT7 BK	CT7 C	CT8 BK	CT8 C	CT9 BK	CT9 C	CT10 BK	CT10 C

PLANILLA SEREMI

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUT	DV	FECHA NACIMIENTO	SEXO	CÓDIGO CIE 10	CONFIRMACIÓN	CASO	FECHA NOTIFICACIÓN	CÓDIGO DE SERVICIO DE SALUD DE OCURRENCIA

PLANILLA NIVEL LOCAL

PLANILLA LABORA TORIO

PLANILLA SEREMI

Informe Mensual de Stock y Consumo de Medicamentos para la Tuberculosis.

- Disponer sobre la existencia de medicamentos para la TBC en el establecimiento.
- Conocer su vigencia.
- Es la base [illegible] stock y consumo de medic[illegible]alud.

Debe enviarse al Programa de TBC del S. de Salud antes del 5° día del mes siguiente.

INFORME MENSUAL DE MEDICAMENTOS PARA LA TUBERCULOSIS (*)

ESTABLECIMIENTO: .....

MES: .....

MEDICAMENTOS	STOCK (Farmacia + Clínica)	FECHA VENCIMIENTO	CONSUMO MENSUAL
ETAMBUTOL			
ISONIACIDA			
RIFAMPICINA			
PIRAZINAMIDA			
ESTREPTOMICINA			
KANAMICINA			
ETIONAMIDA			
CIPROFLOXACINO			
CICLOSERINA			
JARABE DE RIFAMPICINA			

(*) ENVIAR A PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS ANTES DEL 5° DIA DEL MES

INFORME MENSUAL DE CASOS EN QUIMIOPROFILAXIS

Permite disponer de información continua de los contactos que tienen indicación de quimioprofilaxis que se realiza en el nivel local.

Debe enviarse al Programa de TBC del S. de Salud antes del 5° día del mes siguiente.

INFORME MENSUAL DE CASOS EN QUIMIOPROFILAXIS

En observaciones se debe registrar causa de la Quimioprof.: VIH; Contacto; Otros

INFORME MENSUAL DE CASOS EN QUIMIOPROFILAXIS

ESTABLECIMIENTO:_____.
MES:_____.
AÑO:_____.

NOMBRE COMPLETO	EDAD		FECHA INICIO QUIMIOPROFILAXIS	ESQUEMA QUIMIOPROFILAXIS	DOSIS MES	OBSERVACIONES*
	M	F				

* Oservaciones: Ingresos, Egresos, Derivación a N. Secundario, Motivo de la indicación de quimioprofilaxis. En contactos identificar caso índice

AUDITORIA DE MUERTE

- Permite saber si el fallecimiento fue por tuberculosis o con tuberculosis.
- Permite saber el acceso al diagnóstico y la oportunidad del tratamiento.
- Se debe realizar esta auditoria a:
  - ❖Los casos fallecidos durante el tratamiento de tuberculosis.
  - ❖Certificados de defunción que aparezca como causa de muerte la tuberculosis

AUDITORIA DE MUERTE POR TUBER

La realiza el médico encargado del Programa TBC. del S. de Salud

Servicio de Salud:

SECCIÓN I: IDENTIFICACIÓN

Nombre: Edad: S

Domicilio: Comuna

Fecha de muerte:

Lugar de ocurrencia:

SECCIÓN II: TUBERCULOSIS

Fecha notificación:

Localización TBC: Confirmación Diagnostica:

Fecha de inicio tratamiento: N° de meses en tratamiento:

Esquema de tratamiento: Dosis de tratamiento recibidas:

RAM:

MDR:

Patología asociada:

Coinfección:

Inmunosupresión farmacológica: .....

.....

DOTS: Asistencia: Control médico: Consulta enfermera

SECCIÓN III: AUDITORÍA

Atención médica: Acceso diagnóstico: Oportunidad:

Relación causal:

Conclusiones:

.....

Nombre y firma del médico encargado de TBC del S. de Salud
Responsable de la Auditoria

AUDITORIA DE ABANDONO

OBJETIVOS

- Revisar el cumplimiento de la norma técnica en relación a la Prevención de la perdida de tratamiento (del Abandono).

- Revisar la calidad de los procedimientos realizados.

- Hacer un análisis de las auditorias y de acuerdo a sus resultados implementar nuevas estrategias.

- **La responsable de hacer la Auditoria de Abandono es la Enfermera del ETT. del Nivel Intermedio Servicio de Salud.**

- **El análisis de estas auditorias es de responsabilidad del ETT del Nivel Intermedio Servicio de Salud.**

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

JUNTOS ELIMINAMOS LA TUBERCULOSIS

Programa de Tuberculosis

TODOS X CHILE!

anacarola.contreras@redsalud.gov.cl