

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

Privada de la libertad  Caso de TB en Frontera   
Escolar   
Personal de salud  Indígena   
Albergues geriátricos   
Fuerzas militares y de Policía   
Habitante de calle   
Población Migrante

Población de Alto Riesgo

Persona que convive con VIH  Persona que falleció con TB   
Sospecha de fracaso (Baciloscopia positiva a 2° mes de tratamiento)  Contacto de la persona que fallece con TB   
Diabetes  Control de tratamiento de categoría IV   
Otros factores Inmunosupresores (Cáncer, quemados, trasplantados y tratamiento Inmunosupresor)  Contacto de la persona con TB Resistente   
Desnutrición  **Nombre Completo del contacto:** \_\_\_\_\_  
Embarazo   
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica  **N° de Identificación del contacto:** \_\_\_\_\_  
Farmacodependencia (Alcohol, tabaco y drogas)

Otro  Mencione cual: \_\_\_\_\_

Resultado prueba de VIH: Positivo  Negativo  No realizada  Sin dato

Información del Laboratorio

Fecha de resultado		Resultado								
<b>Baciloscopia</b>	aaaa/mm/dd	(-) <input type="checkbox"/> N° Baar si son < 9 bacilos <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (++) <input type="checkbox"/> (+++) <input type="checkbox"/>								
<b>Cultivo</b>	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="checkbox"/> (++) <input type="checkbox"/> (+++) <input type="checkbox"/>						
<b>Cultivo Medio Líquido</b> (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 líquido (días):			
	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