

# DECLARACION INDIVIDUALIZADA DE TUBERCULOSIS



JUNTA DE ANDALUCÍA  
Consejería de Salud

## DATOS DEL DECLARANTE

Declarante ..... Centro .....  
Fecha de declaración ..... / ..... / ..... Firma: .....

## DATOS DEL ENFERMO

Apellido 1.º ..... Apellido 2.º .....  
Nombre ..... Sexo  Fecha de Nacimiento ..... / ..... / .....  
Edad ..... Historia Clínica N.º ..... Calle ..... Núm. .... Bloque o Piso ..... Cód. Postal .....  
N.º de S.S. .... Municipio ..... Asociado a brote: SI  NO  DESCONOCIDO

## DATOS DE LA ENFERMEDAD (Marcar )

Fecha inicio síntomas ..... / ..... / .....  
Fecha de diagnóstico ..... / ..... / ..... SITUACION EVOLUTIVA: INICIAL  RECIDIVA  RETRATAMIENTO/CRONICA   
Diagnóstico previo: NO  SI  (en caso afirmativo especificar: MES ..... AÑO ..... )  
Si diagnóstico previo, ¿Recibió tratamiento correcto?: NO  SI  DESCONOCIDO   
Localización: PULMONAR  PLEURAL  OTRAS RESPIRATORIAS  MENINGEA  OTRAS LOCALIZACIONES   
PRUEBAS DIAGNOSTICAS: (especificar) .....

MICROSCOPIA DE ESPUTO: Positiva  Negativa  No hecha  Desconocida   
CULTIVO DE ESPUTO: Positiva  Negativa  No hecha  Desconocida  Pendiente   
RADIOLOGIA DE TORAX: Normal  Anormal cavitada  Anormal no cavitada  No hecha  Desconocida

### Muestras (especificar) .....

HISTOLOGIA: Positiva  Negativa  No hecha  Desconocida   
MANTOUX: No hecho  Hecho  ..... mm.

OTRAS PRUEBAS REALIZADAS CON RESULTADOS POSITIVOS .....

### FACTORES DE RIESGO:

Ninguno conocido  VIH/SIDA  UDPV  Alcoholismo  Otras Toxicomanías  Otros (especificar) .....

### SITUACIONES DE ESPECIAL VIGILANCIA:

Ninguna conocida  Vagabundo en el último año  Interno en prisión   
Residente en Instituciones cerradas  (especificar) .....  
Inmigrante  (especificar País de origen) ..... Trabajador sanitario   
Trabajador de hostelería  Educador  Personal de Guardería  Prostitución   
Otras  (especificar) .....

### PAUTAS DE TRATAMIENTO:

PAUTA STANDARD (2ZRH/4RH)

PAUTA NO STANDARD  (especificar): .....

Fármacos	Duración (meses)
Isoniazida	.....
Rifampicina	.....
Pirazinamida	.....

Fármacos	Duración (meses)
Etambutol	.....
Estreptomicina	.....
Otros	.....

Fecha prescripción Tto. .... / ..... / .....

## DATOS DEL FOCO: (excluido el caso)

N.º de convivientes estudiados ..... No infectados ..... Infectados ..... Enfermos ..... N.º de convivientes no estudiados .....

¿Se ha prescrito quimioprofilaxis a los convivientes? SI  NO  N.º de quimioprofilaxis prescritas Primarias ..... Secundarias .....

ESTE APARTADO SE CUMPLIMENTARA AL FINALIZAR EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE POR CUALQUIER CAUSA (CURACION, TRASLADO, MUERTE O ABANDONO) O EN CUALQUIER CASO, A LOS NUEVE MESES DE LA DECLARACION

RESUMEN EVOLUTIVO: FINALIZO EL SEGUIMIENTO SI  NO  Fecha finalización del seguimiento ..... / ..... / .....

FIN DEL SEGUIMIENTO POR: Curación  Abandono definitivo   
Traslado fuera de Andalucía  Muerte por TBC   
Muerte por otra causa  Muerte por causa desconocida   
Prolongación y/o cambio de Tto. por abandono recuperado  Prolongación y/o cambio de Tto. por fracaso   
CONTINUA EL SEGUIMIENTO POR: Prolongación y/o cambio de Tto. por intolerancia  Tto. de más de 9 meses de duración   
Médico que realiza el tratamiento .....

Firma del Declarante

## OBSERVACIONES:

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

# **INSTRUCCIONES**

## **Generales:**

- a) A efectos de registro se considerará caso todo enfermo al que se le diagnostique de tuberculosis activa y se le prescriba tratamiento específico.
- b) Criterios diagnósticos:
  - I Evidencia de bacilos por microscopía en la muestra analizada; se hará la confirmación por cultivo.
  - II Evidencia de Mycobacterium tuberculosis en el cultivo de la muestra analizada.
  - III Evidencia de radiología y/o histología compatibles con lesión tuberculosa acompañada de fuerte sospecha clínica, analítica y epidemiológica, **tras haber resultado reiteradamente negativos** la microscopía y el cultivo.No podrán aceptarse como CASO el resultado de una sospecha clínica y/o radiológica que no se acompañe de investigaciones bacteriológicas reiteradas. Este último criterio III debe utilizarse excepcionalmente.
- c) Debe declarar en este impreso el médico responsable del diagnóstico.
- d) Las unidades clínicas a las que no corresponda el estudio del foco lo harán constar en el apartado de observaciones.
- e) El ejemplar debidamente cumplimentado será remitido al Distrito de Atención Primaria correspondiente, quedando las dos copias siguientes convenientemente archivadas en el centro que la emite.
- f) A los nueve meses de la declaración o en el momento en que el paciente finaliza el seguimiento por cualquier causa (curación, traslado, muerte o abandono), el médico declarante deberá remitir al Distrito de Atención Primaria correspondiente la segunda de las hojas, rellenando tan sólo el apartado del resumen evolutivo, quedando la última de las copias convenientemente archivada en el centro declarante.

## **A) DATOS DEL DECLARANTE:**

**Declarante:** Se consignará el nombre y apellidos del médico que declara el caso.

**Centro de declaración:** Lugar en el que se efectuó el diagnóstico.

**Fecha:** La correspondiente al día, mes y año, en el que se realiza la declaración.

## **B) DATOS DEL ENFERMO:**

**Apellidos y nombre:** En los pacientes cuyo primer apellido vaya precedido de las partículas de o de la, se escribirán éstas tras el nombre. (Ejemplo: José de la Concha Martínez: Concha Martínez, José de la).

**Fecha de Nacimiento:** Consignar día, mes y año del mismo. Consignar también la edad en años.

**Domicilio:** Consignar el domicilio habitual completo, tal y como se consigna en la ficha (Calle, N°, bloque o piso, código postal y municipio).

**Historia Clínica:** N° de historia clínica asignado al paciente en el centro sanitario de declaración.

**N° Seguridad Social:** N° de asegurado del caso declarado.

## **C) DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD:**

### **Situación evolutiva**

**\*Inicial:** Caso recientemente diagnosticado y nunca dado de alta anteriormente como curado, puede no obstante incluirse en el registro en el curso de su tratamiento.

**\*Recidiva:** Caso anteriormente diagnosticado y curado en el que tras un periodo de inactividad bacteriológica se demuestra enfermedad activa. Se requiere por tanto, inexcusablemente, evidencia bacteriológica.

**\*Retratamiento/crónico:** A efectos del registro se considerarán crónicos aquellos pacientes bacilíferos comprobados durante 24 o más meses.

**Localización:** Se deberán reseñar tantas como localizaciones comprobadas presente el caso. Si fuera alguna distinta a las reseñadas, se describirán en el apartado "otras localizaciones".

**Diagnóstico previo:** Reseñar si el paciente ha sido diagnosticado previamente o no. En caso afirmativo debe consignarse el mes y el año de diagnóstico, y en caso de conocerse, si el paciente recibió el tratamiento correcto o no.

**Pruebas diagnósticas:** Reseñar las situaciones descritas para la microscopía de esputo, el cultivo de esputo y la radiología de torax. En el caso de la histología debe especificarse la muestra, en el caso del Mantoux deben especificarse los milímetros de induración. En el caso de que se hayan realizado otras pruebas diagnósticas con resultado positivo (por ejemplo, cultivo de otras muestras o histología), deben reseñarse en el apartado creado al efecto.

**Pauta de tratamiento:** La pauta de tratamiento standard es la siguiente:

2 meses + 4 meses - Rifampicina Hidracida (2ZHR/4RH)

- Pirazinamida

- Rifampicina

- Hidracida

Si el paciente recibe esta pauta se pondrá una cruz en el apartado 2ZRH/4RH. En caso de que la pauta sea otra, se especificará en meses de cada uno de los fármacos prescritos. Si se prescribiera algún fármaco no consignado se especificará en el apartado "Otros".

## **D) DATOS DEL FOCO:**

**N° de convivientes estudiados:** Es el resultante de la suma de personas (parientes o trabajadores) que viven en el domicilio del enfermo de manera habitual y de aquellas con las que tuviera relación estrecha y que han sido estudiados. No sumar el caso que se declara. Cuando se trate de colegios, cárceles, asilos..., hacerlo constar en el apartado F) Observaciones.

**No infectados:** No enfermos y tuberculín negativos.

**Infectados:** No enfermos y tuberculín positivos.

**Enfermos:** Evidencia de enfermedad tuberculosa entre algún conviviente. Generarán una nueva declaración individualizada. No sumar el caso que se declara.

**N° de convivientes no estudiados:** Convivientes en los que no se consigue que acudan a consulta para establecer su situación clínica.

**Quimioprofilaxis:** Debe especificarse si se ha prescrito quimioprofilaxis a los convivientes o no. En caso afirmativo debe reseñarse el número de quimioprofilaxis primarias y/o secundarias prescritas.

## **E) RESUMEN EVOLUTIVO:**

Tal y como se describe en las instrucciones generales, este apartado debe rellenarse a los nueve meses de la declaración por el centro declarante o por el médico que realiza el tratamiento, o bien, si el paciente ha concluido antes el seguimiento por cualquier motivo (Curación, traslado, muerte o abandono).

**Finalizó el seguimiento:** Especificar si ha finalizado el tratamiento o no. En caso afirmativo, especificar la fecha de finalización del seguimiento.

**Fin del seguimiento por:** En el caso que haya finalizado el seguimiento especificar la causa.

**Continúa el seguimiento por:** En caso de que no haya finalizado el seguimiento, especificar la causa.

## **F) OBSERVACIONES:**

Se ha destinado este espacio para hacer los comentarios al caso que se estimen convenientes. Asimismo se utilizará tal como se explica en los casos a que se refiere la instrucción general D) relativa a estudios de convivientes.

"Debe tenerse presente que para que la información de este impreso pueda ser procesada, es imprescindible que los datos que se integran en el campo 1: Apellidos, nombre, día, mes y año de nacimiento (nunca edad), sexo y provincia de nacimiento (país en el caso de los extranjeros) estén completos.