ANEXO I. FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TUBERCULOSIS

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ **Apellido 1**: _____ **Apellido 2**: _____

DNI/NIE: _____ **Pasaporte**: _____ **CIPA**: _____ **CIP-SNS**: _____

Sexo al nacimiento: Seleccione una opción:

Sexo administrativo: Seleccione una opción:

Fecha de nacimiento: _____ **Edad**: _____ ☐ Años ☐ Meses (si menos de 2 años)

País de nacimiento: ☐ España

☐ Otro, especificar: _____ **Fecha aprox. llegada a España**: _____

Nacionalidad: _____**Teléfono 1**: _____ **Teléfono 2**: _____

Domicilio: _____ **N.º**: _____ **Piso**: _____

Municipio: _____ **Código postal:** _____ **Distrito:** _____ **Zona Básica:** _____

Provincia: _____ **C. Autónoma**: _____ **País**: _____

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: _____ **Fecha de inicio de tratamiento**: _____

Clasificación del caso: ☐ Sospechoso **Criterios de clasificación:** ☐ Clínico

☐ Probable ☐ Laboratorio

☐ Confirmado

Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche: no generan estancias las camas de observación de urgencias):

☐ No

☐ Sí ⇨ Hospital: _____ NHC: _____

Servicio: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____ Motivo de alta: Seleccione una opción:

Estancia en UCI: ☐ No

☐ Sí ⇨ Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____

Evolución: _____

Si fallecimiento: ⇨ Fecha: _____ Motivo de fallecimiento: _____

Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):

☐ Sí ⇨_____

☐ No

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____ **Fecha de notificación:** _____

Centro/Institución: _____ Servicio: _____

Municipio: _____ **Teléfono:** _____ **Email**: _____

DATOS SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

MANTOUX: ☐ Sí ☐ No En mm _____ **PRUEBA IGRA** ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No realizado

R(X) TÓRAX: ☐ Indicativo de TB ☐ No indicativa de TB ☐ No realizada

TAC: ☐ Indicativa de TB ☐ No indicativo de TB ☐ No realizada

ADA: ☐ Indicativo de TB ☐ No indicativo de TB ☐ No realizada

Otras pruebas diagnósticas (especificar):

SITUACIONES DE RIESGO ASOCIADAS

	Sí	No	
Anticuerpos anti-VIH	☐ (+)	☐ (-)	
Tabaquismo	☐	☐	
Alcoholismo	☐	☐	
Usuario drogas v. parenteral	☐	☐	☐ ExUDVP desde hace 2 años
Gastrectomía	☐	☐	
Inmunosupresión	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	
Silicosis	☐	☐	
Neoplasia	☐	☐	
Insuficiencia Renal Crónica	☐	☐	

Otros (especificar): _____

	Si	No
Condiciones socioeconómicas precarias	☐	☐
Sin hogar	☐	☐
Estancia en penitenciaría en los últimos 2 años	☐	☐

Centro penitenciario: _____

Ha recibido tratamiento antituberculoso previo: ☐ Sí ☐ No

Contacto previo con enfermo TB: ☐ Sí ☐ No N.º de años desde el contacto: _____

Tipo de contacto:
- ☐ Conviviente
- ☐ Frecuente no conviviente
- ☐ Laboral / Escolar
- ☐ Esporádico
- ☐ Otros (especificar): _____

LOCALIZACIÓN:

☐ Pulmonar	☐ Genitourinaria
☐ Pleural	☐ Osteoarticular
☐ Meníngea o SNC	☐ Diseminada
☐ Digestiva	☐ Linfática intratorácica
☐ Otros órganos	☐ Linfática extratorácica

DATOS DE LABORATORIO

Muestra 1: ESPUTO

Fecha: _____

Microscopía	☐ (+)	☐ (-)	☐ Pendiente
Cultivo	☐ (+)	☐ (-)	☐ Pendiente
PCR	☐ (+)	☐ (-)	☐ Pendiente

Muestra 2 (especificar): _____

Fecha: _____

Histopatología	☐ (+)	☐ (-)	☐ Pendiente
Microscopía	☐ (+)	☐ (-)	☐ Pendiente
Cultivo	☐ (+)	☐ (-)	☐ Pendiente
PCR	☐ (+)	☐ (-)	☐ Pendiente

Muestra 3 (especificar): _____

Fecha: _____

Histopatología	☐ (+)	☐ (-)	☐ Pendiente
Microscopía	☐ (+)	☐ (-)	☐ Pendiente
Cultivo	☐ (+)	☐ (-)	☐ Pendiente
PCR	☐ (+)	☐ (-)	☐ Pendiente

Estudio genético cepa:

☐ No ☐ Sí Especificar: _____

TIPO DE MICOBACTERIA:

☐ *M. complex*
☐ *M. tuberculosis*
☐ *M. bovis*
☐ *M. africanum*

ESTUDIO DE RESISTENCIAS:

☐ No Resistentes

Resistentes a:

☐ Isoniacida
☐ Rifampicina
☐ Etambutol
☐ Estreptomicina
☐ Etionamida
☐ Pirazinamida
☐ Amikacina
☐ Levofloxacín
☐ Moxifloxacín
☐ Delamanid
☐ Clofazimina
☐ Linezolid
☐ Pretomanid

DATOS DE SEGUIMIENTO

Se ha instaurado tratamiento supervisado ☐ Sí ☐ No Centro: _____

Fecha inicio tratamiento supervisado: _____

Motivo fin de seguimiento: _____

Fecha fin de seguimiento: _____

ESTUDIO DE CONTACTOS

Lugar de trabajo o Colectivo (especificar lugar de trabajo o colectivo donde puede estar indicado el posible estudio de contactos):

Dirección: _____

☐ **Sí realizado** ☐ **No realizado**

	Convivientes	No convivientes	Colectivo	Nº de convivientes con el caso
Número de contactos estudiados				
No enfermos / No infectados				
Infectados (Mantoux ≥ 5 mm)				
Enfermos				

CONTACTOS / OBSERVACIONES