



FORMATO ÚNICO DE VIGILANCIA DE LAS MICOBACTERIAS V 06

Información General

Entidad solicitante	Departamento/Distrito	Fecha de recepción de la muestra o el aislamiento LNR - INS
		dd/mm/aaaa

Datos de Identificación del Paciente

Nombres y apellidos _____

N° de identificación _____ Tipo de identificación _____ CC NUIP TI CE PA MSI ASI Sexo M F

Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa Edad Días* Meses** Años Ocupación _____

Municipio de residencia _____ Teléfono _____

Dirección residencia _____

Condición de Ingreso al Programa

Nuevo Previamente tratado Fecha de inicio de tratamiento dd/mm/aaaa

Condición de Ingreso Previamente Tratado

Sospecha de Fracaso (Baciloscopia positiva al 2° mes de tratamiento) Fracaso Pérdida al seguimiento Recaída Otros antes tratados

Factores de Riesgo Asociados

Privado de la libertad	<input type="checkbox"/>	Caso TB en frontera	<input type="checkbox"/>	Persona que convive con VIH	<input type="checkbox"/>	Persona que falleció con TB	<input type="checkbox"/>
Ambito escolar	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Desnutrición	<input type="checkbox"/>	Contacto de paciente que fallece con TB	<input type="checkbox"/>
Personal de la salud	<input type="checkbox"/>	Indígena	<input type="checkbox"/>	Embarazo	<input type="checkbox"/>	Fuerzas militares y de Policía	<input type="checkbox"/>
Albergues geriátricos	<input type="checkbox"/>	Habitante de calle	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/>	Migrante	<input type="checkbox"/>
				Farmacodependencia (Alcohol, tabaco y drogas)	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	Mencione cual	<input type="text"/>				
Contacto de persona con TB resistente	<input type="checkbox"/>	Nombre completo y número de documento de identificación del contacto	<input type="text"/>				

Información del Laboratorio***

Tipo de Muestra		Resultados de Baciloscopia	(-) <input type="checkbox"/>	N° Baar si son < 9 bacilos	<input type="checkbox"/>	(+) <input type="checkbox"/>	(++) <input type="checkbox"/>	(+++)	<input type="checkbox"/>
Cultivo	Medio Sólido	Medio Líquido		Número colonias si son < 20 colonias		(+)	(++)	(+++)	
Número original	Fecha de Siembra	Fecha de resultado		Resultado ZN de cultivo		(+)	(-)		Resultado de la identificación
	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa							

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 Único 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
 (***) Anexe resultados de pruebas de sensibilidad o identificación

