

**PROGRAMA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS:
FICHA DE CONTACTOS**



DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO ÍNDICE:

Nombre y apellidos Fecha de nacimiento / / Edad Sexo: varón mujer
 Domicilio Municipio Provincia Área
 Características: Pulmonar BK(+) Pulmonar BK(-) Extrapulmonar N.º total de convivientes: Resistente a
NOTIFICADOR: Nombre y apellidos Fecha / / Centro de trabajo

NOMBRE:	.....	.....	.....	.....	.....
PRIMER APELLIDO:	.....	.....	.....	.....	.....
SEGUNDO APELLIDO:	.....	.....	.....	.....	.....
DOMICILIO (sólo si es de otra área):	.....	.....	.....	.....	.....
F. NACIMIENTO Edad: Sexo:	..... años Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> años Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> años Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> años Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> años Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
TIPO DE CONTACTO: 1 Conviviente 2 Frecuente no conviviente 3 Laboral 4 Otro	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
VACUNADO CON B.C.G.:	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
LECTURA MANTOUX en mm: 1.º Mantoux 2.º Mantoux	Fecha mm / / mm / /	Fecha mm / / mm / /	Fecha mm / / mm / /	Fecha mm / / mm / /	Fecha mm / / mm / /
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX INDICATIVA DE T.B.C.:	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
JUICIO CLÍNICO:	No infectado <input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/>	No infectado <input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/>	No infectado <input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/>	No infectado <input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/>	No infectado <input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/>
SE LE HA INDICADO QP:	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>
DURACIÓN INDICADA PARA LA QP:	6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
SEGUIMIENTO CORRECTO DE LA QP:	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO:	.....	.....	.....	.....	.....
OBSERVACIONES:	.....	.....	.....	.....	.....