

Este proxecto técnico foi aprobado no Pleno do Consello Galego de  
Estatística do día 20 de maio de 2011

# 22403 Explotación do rexistro galego de tuberculose

## PROXECTO TÉCNICO

### 1. Normativa e organización

En virtude do *Decreto 177/1998, do 11 de xuño*, creouse a rede galega de vixilancia en saúde pública, coa finalidade de identificar e caracterizar problemas de saúde na poboación galega para facilitar o seu control. A dita rede está constituída polo sistema básico e polo sistema específico de vixilancia. O Rexistro Galego de Tuberculose forma parte do sistema específico de vixilancia epidemiolóxica e ten como obxectivo recoller e xestionar a información precisa para describir a incidencia, a evolución e as características da tuberculose en Galicia. Foi creado pola *Orde do 4 de decembro de 1998* (DOG núm. 248, do 24 de decembro de 1998).

O órgano responsable da creación, mantemento e explotación do rexistro é a Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública da Consellería de Sanidade. En concreto, o servizo de control de enfermidades transmisibles desa dirección xeral é o encargado do mantemento e da explotación do rexistro. Para os efectos da orde citada, pola que se regula o sistema específico de vixilancia da tuberculose en Galicia, terán a consideración de unidades de tuberculose as definidas na *orde comunicada do 23 de maio de 1994* e posteriores modificacións.

O Rexistro Galego de Tuberculose recollerá información sobre os casos de enfermidade tuberculosa, sobre o seu seguimento, sobre os estudos de infección nos contactos destes casos e sobre o seguimento dos tratamentos preventivos instaurados, segundo das definicións recollidas no Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose.

**Fonte de datos:** os datos do rexistro galego de tuberculose proceden de:

1. Declaración ao sistema específico de vixilancia da TB en Galicia, dos profesionais sanitarios que diagnostican a enfermidade ou a infección tuberculosa.
2. Busca activa de casos non declarados, realizada polo persoal sanitario das unidades de tuberculose, en:
  - Estudo dos contactos dunha persoa enferma.
  - Servizos hospitalarios (microbioloxía, anatomía patolóxica, farmacia e outros).
  - Rexistro de altas hospitalarias.
  - Unidades de atención a drogodependentes.
  - Rexistro da sida.
  - Institucións penitenciarias.

Este orixe dará lugar á variable Fonte de detección de casos

### **Fluxo dos datos:**

Tódolos médicos/as en exercicio no ámbito territorial da Comunidade Galega, están obrigados a notificar ao sistema de información de tuberculose (SITUB) o diagnóstico e o seguimento dos casos de enfermidade, o resultado do estudo dos contactos e o seguimento dos tratamentos preventivos (quimioprofilaxe primaria (QP) / tratamento da infección tuberculosa (TIT)) instaurados.

Existe unha base de datos única para a xestión do rexistro dende as sete unidades de tuberculose e a dirección xeral de saúde pública e planificación.

## **2. Unidades estatísticas**

A Unidade de análise son as persoas residentes en Galicia diagnosticadas de enfermidade tuberculosa e as persoas residentes en Galicia diagnosticadas só de infección tuberculosa.

A Unidade informante é o médico/a que diagnostica o caso (enfermidade) ou a infección a través do formulario correspondente. As unidades de tuberculose recollen e cumprimentan a información dos contactos, dos estudos de infección e do rexistro micobiolóxico e completan a declaración ampliada do caso, cando o médico non o faga.

## **3. Variables**

A declaración contén datos sobre o médico/a responsable do diagnóstico, sobre a identificación do caso, sobre o diagnóstico da enfermidade, sobre o tratamento, datos para a investigación dos contactos do caso que se esta declarando (censo de contactos íntimos e conviventes), do seguimento evolutivo e control da adhesión ao tratamento, da situación final do ciclo de tratamento, sobre o resultado do estudo dos contactos e datos sobre o seguimento do tratamento da infección. Ademais, fanse estudos de infección tuberculosa en poboacións de risco que se recollen no formulario de "estudos de infección tuberculosa".

O Rexistro Galego de Tuberculose obtén os datos a partir das variables recollidas de 4 formularios: Declaración Ampliada, Contactos de tuberculose, Estudos de infección tuberculosa e Rexistro de micobacterias, anexos a este proxecto.

**Declaración ampliada (Anexo I)** de caso de tuberculose. Impreso con 5 copias autocopiativas:

FOLLA Nº1 DECLARACIÓN AMPLIADA E CENSO DE CONTACTOS, médico responsable do diagnóstico, identificación de caso, datos sobre o diagnóstico, datos sobre o tratamento, investigación de contactos, censo dos contactos íntimos e conviventes.

FOLLA Nº2. SEGUIMIENTO EVOLUTIVO E CONTROL DA ADHESIÓN AO TRATAMENTO (terceiro mes) Se rexistran os datos referidos ao seguimento evolutivo correspondentes aos meses 1º, 2º e 3º do tratamento.

FOLLA Nº3. SEGUIMIENTO EVOLUTIVO E CONTROL DA ADHESIÓN AO TRATAMENTO (sexto mes) Se rexistran os datos referidos ao seguimento evolutivo correspondentes a os meses 4º, 5º e 6º do tratamento.

FOLLA Nº4. SEGUIMIENTO EVOLUTIVO E CONTROL DA ADHESIÓN AO TRATAMENTO (noveno mes) Se rexistran os datos referidos al seguimento evolutivo correspondentes a os meses 7º, 8º e 9º do tratamento. No caso de tratarse dunha pauta de 9 meses de duración, cubrirase o apartado "Situación final do tratamento" e a folia enviarase por correo á UTB

Se a pauta inicial é outra (>6 ou 9 meses), ou ben, se se prolonga/cambia se consignarase o recadro correspondente.

FOLLA Nº5. RESUMO PARA O MÉDICO/A

### **Contactos de tuberculose (Anexo II)**

TIPO DE CONTACTO

DATOS DO CONTACTO

DATA DO ESTUDO

MANTOUX ACTUAL

RX DE TÓRAX

DIAGNÓSTICO

QUIMIOPROFILAXE (QP): Data de inicio e Pauta

TRATAMENTO DA INFECCIÓN TUBERCULOSA (TIT): Data de inicio e pauta

TRATAMENTO SUPERVISADO

SEGUIMIENTO QP/TIT

REALIZACIÓN QP/TIT

MÉDICO/A RESPONSABLE DO DIAGNÓSTICO

### **Estudos de infección tuberculosa (Anexo III)**

MÉDICO/A RESPONSABLE DO DIAGNÓSTICO

DATOS DE FILIACIÓN

DATOS DO ESTUDO DE INFECCIÓN TUBERCULOSA

MANTOUX ACTUAL

IGRA

RX DE TÓRAX

DIAGNÓSTICO

TRATAMENTO DA INFECCIÓN TUBERCULOSA (TIT): Data de inicio e pauta

TRATAMENTO SUPERVISADO

SEGUIMIENTO TIT

REALIZACIÓN TIT

### **Rexistro de micobacterias (Anexo IV)**

LABORATORIO ORIXE DA MOSTRA

TIPO DE MOSTRA

DIAGNÓSTICO

#### **4. Procesamento de datos**

A información recollida nos formularios completase co rexistro poboacional de tarxeta sanitaria, existindo a posibilidade para aqueles casos de persoas con seguros privados de dar altas rápidas a través de tarxeta sanitaria. Os casos diagnosticados en Galicia de persoas non residentes na nosa Comunidade, declaráranse a autoridade sanitaria correspondente.

As altas no SITUB as realizan as Unidades de Tuberculose situadas nos 7 grandes hospitais de Galicia. A actualización é continua e permite a visualización on-line dos datos no momento do seu rexistro nas UTB.

A utilización e explotación dos datos faise en forma de informes, unha vez que se realiza o volcado semanal de datos dende as UTB ao Sistema de información e análises complexos de tuberculose (SIAC-TB). Este volcado faise por Soporte Programas Especiais, no Servizo de Xestión de Proxectos de Sistemas de Información (Subdirección Xeral de Sistemas e Tecnoloxías da Información da Secretaría Xeral da Consellería de Sanidade).

Os informes poden obterse a través de un formato xa prediseñado ou ben obtidos de forma manual.

Tipo de depuración: automática de microdatos e manual.

#### **5. Deseño da explotación dos datos do rexistro**

##### **Sistema de información e análises complexos de tuberculose (SIAC-TB)**

Do mesmo xeito que noutros SIACs, o SIAC de Tuberculose está deseñado para facilitar a construción de táboas de dobre entrada e en concreto para combinar todo tipo de indicadores sobre a coordenada temporal mediante a utilización dos períodos de estudo.

##### **Indicadores**

De seguido enuméranse os indicadores dispoñibles no universo de tuberculose. Tamén se precisan algúns dos indicadores derivados que poden calcularse con Business Objects e que son de interese no Sistema de Análises de Tuberculose.

- **Indicadores de casos**
  - Núm. rexistros: Número de rexistros con data de comezo do tratamento (o data de diagnóstico se non comezou o tratamento) dentro do período de estudo.

- Núm. casos de TB: Número de casos de tuberculose con data de comezo do tratamento (o data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.
- Núm. casos bacilíferos: Número de casos de tuberculose que teñen algunha mostra respiratoria con BAAR<sup>1</sup> positivo das realizadas antes do comezo do tratamento (ou diagnóstico) ou nos 15 días posteriores. Se contan os casos con data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.
- Núm. casos con BAAR +: Número de casos de tuberculose que teñen algunha mostra con BAAR positivo das realizadas antes do comezo do tratamento (ou diagnóstico) ou nos 15 días posteriores. Se contan os casos con data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.
- Núm. casos con cultivo +: Número de casos de tuberculose que teñen algunha mostra con cultivo positivo nas realizadas antes do comezo do tratamento (ou diagnóstico) ou nos 15 días posteriores. Se contan os casos con data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.
- Retraso diagnóstico: Retraso diagnóstico dos casos de tuberculose. Diferenza en días entre la data de comezo dos síntomas e a data de comezo do tratamento. Se contan los casos con data de comezo do tratamento (o data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo
- Retraso diagnóstico atribuible ao paciente: Diferenza en días entre a data de comezo dos síntomas e la data da primeira consulta. Se contan os casos con data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.
- Retraso diagnóstico atribuible ao sistema: Retraso diagnóstico atribuible ao sistema sanitario. Diferenza en días entre a data da primeira consulta e a data de comezo do tratamento. Se contan os casos con data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.
- Días negativización BAAR: Diferenza en días entre a data de comezo do tratamento e a data do primeiro BAAR negativo nos casos nos que o primeiro BAAR foi positivo e non teñen positivos posteriores; para os casos de tuberculose con data de comezo do tratamento dentro do período de estudo.

---

<sup>1</sup> O BAAR, é unha proba microbiolóxica obtida trala tinguadura da mostra a estudo (ex. esputo) e a súa posterior visualización a través do microscopio. O obxectivo é visualizar os bacilos tuberculosos.

- Días negativización cultivo: Diferenza en días entre a data de comezo do tratamento e a data do primeiro cultivo negativo nos casos nos que o primeiro cultivo foi positivo e non teñen positivos posteriores; para os casos de tuberculose con data de comezo do tratamento dentro do período de estudo.
- Indicadores de mostras
    - Núm. mostras: Número de mostras analizadas nos casos de tuberculose con data de comezo do tratamento (o data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.
    - Núm. casos con mostras: Número de casos de tuberculose con mostras. Se contan los casos con data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.
    - Núm. antibiogramas: Número de antibiogramas realizados as mostras dos casos de tuberculose con data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.
    - Núm. casos con antibiograma: Número de casos de tuberculose con antibiograma. Se contan os casos con data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.
- Indicadores de tratamentos
    - Núm. tratamentos: Número de tratamentos realizados polos casos de tuberculose con data de comezo do tratamento dentro do período de estudo.
    - Núm. casos con tratamento: Número de casos de tuberculose con algún tratamento. Se contan os casos con data de comezo do tratamento dentro do período de estudo.
    - Núm. rexistros con tratamento: Número de rexistros con algún tratamento. Se contan os casos con data de comezo do tratamento dentro do período de estudo.
- Indicadores de seguimento casos
    - Núm. consultas casos: Número de consultas de seguimento dos casos con data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.
    - Núm. casos con consulta: Número de casos con consultas de seguimento. Se contan os casos con data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.
    - Días entre consultas: Días entre a data da consulta e a inmediatamente anterior (0 días se es a primeira) dos casos con data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.

#### ● Indicadores de contactos

- Núm. contactos: Número de contactos de casos de tuberculose confirmados dos que o caso índice ten data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo. Non se contan os contactos dos “Non caso”.
- Núm. contactos total: Número de contactos de rexistros dos que o caso índice ten data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo. Se contan os contactos dos “Non caso”
- Núm. casos con contactos: Número de casos con contactos. Se contan os casos con data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.

#### ● Indicadores de seguimento de contactos

- Núm. consultas contactos: Número de consultas de seguimento dos contactos que iniciaron tratamento e dos que o caso índice ten data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.
- Núm. contactos con consulta: Número de contactos con consultas de seguimento. Se contan os contactos que iniciaron tratamento e dos que o caso índice ten data de comezo do tratamento (ou data de diagnóstico se non comezou tratamento) dentro do período de estudo.

#### ● Indicadores de cribados<sup>2</sup>

- Núm. cribados: Número de cribados con data de cribado dentro do período de estudo.

#### ● Indicadores de seguimento de cribados

- Núm. consultas cribados: Número de consultas de seguimento realizadas a cribados que iniciaron tratamento e con data de cribado dentro do período de estudo.
- Núm. cribados con consultas: Número de cribados que iniciaron tratamento e con consultas de seguimento. Se contan os cribados con data de cribado dentro do período de estudo.

---

<sup>2</sup> Chamámoslle cribados aos estudos de infección tuberculosa en grupos de risco de desenvolver a enfermidade unha vez infectados, sen estar o estudo motivado pola aparición dun enfermo de tuberculose no citado grupo. Entre estes grupos estarían o VIH+, o persoal sanitario, as persoas con tratamento anti-TNF, etc.



## Táboas a elaborar nos informes anuais da situación epidemiolóxica da TB en Galicia

O máximo nivel de desagregación son as unidades de tuberculose (UTB) de A Coruña, Ferrol, Santiago, Ourense, Lugo, Pontevedra e Vigo, aínda que a citada desagregación non se presenta en todas as táboas.

- Número de casos de TB segundo a fonte de detección e ano.
- Evolución da incidencia de TB e por UTB e ano. A Incidencia é o caso novo, é dicir, os casos iniciais máis as recidivas. A poboación considerada é a proporcionada pola Explotación estatística do Padrón municipal de habitantes, do INE a 1 de xaneiro de cada ano.
- Número de casos segundo o tipo de TB e ano. Clasifícanse segundo Tipo de TB como:
  - Caso inicial: paciente que nunca recibiu tratamento ou ben que o recibiu por un tempo menor a un mes.
  - Caso tratado previamente: paciente que recibiu tratamento antituberculoso polo menos durante un mes (exclúense os tratamentos preventivos: quimioprofilaxe primaria (QP) / tratamento da infección tuberculosa (TIT)). Neste grupo inclúense:
    - Recidiva: paciente previamente tratado de TB, con situación final de curación bacteriolóxica ou tratamento completado.
    - Abandono recuperado: paciente que tras ter interrompido o tratamento durante dous ou máis meses é recuperado para tratamento.
    - Fracaso: paciente que despois de cinco meses segue presentando ou volve presentar un cultivo positivo.
    - Crónico: paciente que segue presentando ou volve presentar cultivos positivos tras realizar un réxime de retratamento supervisado.
    - Ningún caso previamente tratado será rexistrado de novo se non pasaron, polo menos, 12 meses dende a última vez que recibiu tratamento antituberculoso.
- Incidencia por 100.000 habitantes, da TB total, TB pulmonar e TB bacilífera e ano.
- Incidencia por idade, sexo e ano (por 100.000 habitantes).
- Número de casos e porcentaxe segundo os factores de risco asociados máis frecuentes e ano. Factores de risco que son: Contacto recente de TB bacilífera, Alcoholismo, Tabaquismo, VIH (+), Outras enfermidades crónicas debilitantes, Inmigrante, Usuario de drogas, Distocia social, Tratamentos inmunosupresores e Diabetes mellitus.
- Número e porcentaxe de casos de TB segundo a súa localización e ano. Características dos casos de TB segundo a Tipo de localización:  
Segundo a localización da enfermidade, proposta *polo European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) Tuberculosis surveillance in Europe 2007* e no *Plan*

*Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2007*, os casos de TB clasifícanse en:

- Tuberculose pulmonar: afecta o parénquima pulmonar, a árbore traqueobronquial e a larinxe, (equiparando por razóns epidemiolóxicas a TB pulmonar e a TB transmisíbel por vía respiratoria).
- Tuberculose extrapulmonar: a que afecta calquera outra localización, incluída a pleural e linfática intratorácica, sempre que non se produza afectación do parénquima pulmonar.

En caso de afectación múltiple, a localización pulmonar considérase sempre a fundamental e as outras como adicionais.

- Número de casos de meninxite tuberculosa e ano.
- Radioloxía nas TB pulmonares: porcentaxe sobre o total de casos de TB pulmonar e ano. Diagnóstico radiolóxico: cavitada, non cavitada, normal, NC/ NR.
- Número e porcentaxe de casos de TB pulmonar segundo os resultados da bacterioloxía. Diagnóstico bacteriolóxico: BAAR +, cultivo +, BAAR y cultivo +, BAAR y cultivo-.
- Resultados dos antibiogramas segundo antecedente de tratamento. A clasificación que se emprega segundo o tipo de resistencia no antibiograma é a establecida no sistema de vixilancia da OMS.
- Número e porcentaxe de tratamentos supervisados instaurados por ano.
- Situación final dos casos que iniciaron tratamento por ano.
- Atraso diagnóstico: medianas dos indicadores do atraso diagnóstico atribuíble ao paciente, do atribuíble ao sistema e do atraso total na TB total, TB pulmonar e TB pulmonar bacilífera.
- Resultado do estudo de contactos segundo o tipo de convivencia. Resultados (non infectado, infectado, enfermos, non rematou estudo ou NC) e o tipo de convivencia (convivente, non convivente, colectivo escolar, colectivo laboral, outros).
- Cumprimento dos tratamentos da infección tuberculosa por ano.

# Rexistro galego de tuberculose

Programa galego de prevención e control da tuberculose

UNIDADES DE TUBERCULOSE (UTB) EN GALICIA	
UTB Ferrol	981 336 686
UTB A Coruña	981 178 255
UTB Santiago	981 950 036
UTB Lugo	982 296 374
UTB Ourense	988 385 793
UTB Pontevedra	986 807 005
UTB Vigo	986 219 053

## INSTRUCCIÓN DE COBERTURA \_ Impreso con 5 copias.

Empregue letras maiúsculas e comprobe que a última folla sexa lexible

**NORMAS** Nomes: nos nomes compostos consignarase o 1º nome completo e a 1ª letra do segundo, ex. Xosé Luís : Xosé L.  
**XERAIS** Apellidos: en apelidos con partículas que os precedan, consignarase de igual forma, ex. DEL BOSQUE  
 Datat: Consignaranse 2 cifras para o día, para o mes e para o ano. Ex. 10/07/08

Folla 1. DECLARACIÓN AMPLIADA E CENSO DE CONTACTOS	
<b>IDENTIFICACIÓN DE CASO</b> (ítems 4 a 15)	
12.	Datos do domicilio habitual durante o último ano
13.	Teléfonos: consignaranse polo menos dous números de teléfono: do seu domicilio habitual, familiar ou veciño próximo e o do seu lugar de traballo
14 e 15.	No caso de inmigrantes, consignar país de orixe e data de chegada a España
<b>DATOS SOBRE O DIAGNÓSTICO</b> (ítems 16 a 25)	
16.	Data de inicio dos síntomas
17.	Data da 1ª consulta
18.	Tipo de tuberculose, segundo antecedentes de tratamento previo: _ Caso novo: paciente que nunca recibiu tratamento antituberculoso, ou ben que o recibiu por un tempo menor a 1 mes _ Caso tratado previamente: paciente que recibiu tratamento antituberculoso (excepto tratamento preventivo QP / TIT) polo menos durante 1 mes. Nestes casos inclúense as recidivas, abandonos, fracasos terapéuticos e enfermidades crónicas _ NOTA: ningún caso previamente tratado será declarado de novo se non pasaron polo menos 12 meses dende a última vez que recibiu tto. antituberculoso
19.	Localización: _ TB pulmonar: Tb que afecta o parénquima pulmonar e a árbore traqueobronquial. Tamén se inclúe a TB larínxea en razón de súa importancia epidemiolóxica. No caso de afectación múltiple, a localización pulmonar será considerada sempre como fundamental e o resto como adicional _ TB extrapulmonar: afecta calquera outra localización non pulmonar, incluída a pleural e a linfática intratorácica cando non haxa afectación do parénquima pulmonar
25.5	Outros: diabeite mellitus, tratamento inmunosupresor, tabaquismo, Rx suxestiva TB previa, IRC, silicose e outras pneumoconioses, neoplasia cabeza e colo, outras enfermidades crónicas debilitantes, baixo peso corporal, persoal sanitario, presos, inmigrantes, mariñeiros, distocia social, enfermidade mental, abandono previo ou toma incorrecta do tratamento ou de TIT
<b>DATOS SOBRE O TRATAMENTO</b> (ítems 26 a 29)	
26.	Data de inicio do tratamento
27.1 e 27.2.	Pautas estándar
27.3.	Pauta retratamento
27.4.	Outras: consignar esquema de tratamento pautado
28.	Tratamento directamente supervisado (TDO): se se instaure un TDO e non pode responsabilizarse da súa administración, envíe a 1ª folla da DA por correo e remita o enfermo á <b>UTB</b>
29.	Seguimento evolutivo e control da adhesión ao tratamento: se se fai responsable do seguimento debe ir cubrindo as follas de evolución e envías por correo á <b>UTB</b> nos prazos sinalados. No caso contrario (non se responsabiliza do seguimento) envíe a 1ª folla da DA por correo e remita o enfermo á <b>UTB</b>
<b>INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS</b> (ítems 30 a 33)	
30.1	Domicilio familiar: inclúese pensión, piso de estudantes ou situacións similares
31.1	Colectivo escolar: inclúense alumnos e profesores
32.	Está xustificada a actuación da <b>UTB</b> no colectivo?
32.1.	Se se considera que a contaxiosidade do caso índice e que o grao de exposición dos seus contactos colectivos (horas de exposición, local cerrado, mala ventilación, etc.) condicionan un risco de transmisión de infección ou de enfermidade que aconsella o estudo do dito colectivo
<b>CENSO DOS CONTACTOS ÍNTIMOS E CONVIVENTES</b>	
Comparten domicilio familiar ou situación similar (empregados do fogar, compañeiros piso estudantes, pequena pensión) e contactos que, sen compartir domicilio, teñen convivencia íntima e prolongada no tempo	
<b>Folla 2. SEGUIMENTO EVOLUTIVO E CONTROL DA ADHESIÓN AO TRATAMENTO</b> (terceiro mes)	
Rexístranse os datos referidos ao seguimento evolutivo correspondentes aos meses 1º, 2º e 3º do tratamento. Especificar calquera reacción adversa ao tratamento	
<b>Folla 3. SEGUIMENTO EVOLUTIVO E CONTROL DA ADHESIÓN AO TRATAMENTO</b> (sexto mes)	
Rexístranse os datos referidos ao seguimento evolutivo correspondentes aos meses 4º, 5º e 6º do tratamento. No caso de tratarse dunha pauta de 6 meses de duración, cubrirase o apartado "Situación final do tratamento" e a folla enviarase por correo á <b>UTB</b> Se a pauta inicial é outra (>6 ou 9 meses), ou ben, se se prolonga/cambia consignarase o recadro correspondente.	
<b>Folla 4. SEGUIMENTO EVOLUTIVO E CONTROL DA ADHESIÓN AO TRATAMENTO</b> (noveno mes)	
Rexístranse os datos referidos ao seguimento evolutivo correspondentes aos meses 7º, 8º e 9º do tratamento. No caso de tratarse dunha pauta de 9 meses de duración, cubrirase o apartado "Situación final do tratamento" e a folla enviarase por correo á <b>UTB</b> Se a pauta inicial é outra (>6 ou 9 meses), ou ben, se se prolonga/cambia consignarase o recadro correspondente. En todos estes casos a <b>UTB</b> constatará o resultado final deste mediante contacto persoal co médico encargado do seguimento.	
<b>Folla 5. RESUMO PARA O MÉDICO</b>	
Folla resumo para o médico.	

## Declaración ampliada (DA)



**REGISTRO GALEGO DE TUBERCULOSE**

**MÉDICO RESPONSABLE DO DIAGNÓSTICO**

1. Apelidos e nome .....

2. Centro/servizo .....

3. Teléfono .....

**IDENTIFICACIÓN DO CASO**

4. 1º Apelido	5. 2º Apelido	6. Nome	7. Data de nacemento / /
8. DNI/NIF	9. NSS	10. CIP	11. Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
12. Enderezo	Nº	Piso	Concello
13. Teléfono de contacto	14. País de orixe	15. Data de chegada a España / /	

**DATOS SOBRE O DIAGNÓSTICO**

16. Data inicio síntomas / / 17. Data primeira consulta / /

18. Tipo de tuberculose  
 1. Caso novo  2. Caso tratado previamente  2.1. Recidiva  2.2. Abandono recuperado  2.3. Crónico/fracaso

19. Localización  
 1. TB pulmonar  2. TB extrapulmonar (incluída a pleural)  Especificar .....

20. Rx tórax  
 1. Patolóxica con caverna  2. Patolóxica sen caverna  3. Normal  4. Non realizada

21. Bacterioloxía  
 1. BAAR Positivo  Negativo  Pendente  Non realizado   
 2. Cultivo Positivo  Negativo  Pendente  Non realizado

22. Identificación  
 1. Mt  2. Outras  Especificar .....

23. Antibiograma  
 1. Realizado  1.1. Resistencia 1ª liña Si  Especificar .....  
 2. Non realizado  Non

24. Outras probas  
 Especificar (PCR, A. patolóxica ...)

25. Factores asociados  
 1. VIH  2. Usuario drogas  3. Alcoholismo  4. Contacto con Tb (≤ 2 anos)  5. Outros

**DATOS SOBRE O TRATAMENTO**

26. Data de instauración / /

27. Pauta  
 2 HRZ + 4 HR   
 2 HRZE + 4 HR   
 2 HRZES + 1 HRZE + 5 HRE   
 Outra   
 Especificar .....

28. Tratamento supervisado  
 Si   
 Non

29. Seguimento evolutivo e control da adhesión ao tratamento:  
 Derívase á UTB Si   
 Non

**INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS**

30. Vive en  
 1. Domicilio familiar   
 2. Residencia ou institución (especificar)

31. Situación socio-profesional (especificar)  
 1. Colectivo escolar   
 2. Colectivo laboral   
 3. Outro colectivo   
 4. Non pertence a ningún colectivo

32. ¿Está xustificada a actuación da UTB no colectivo? Si  Non

**CENSO DOS CONTACTOS ÍNTIMOS E CONVIVENTES** (non incluír os contactos do colectivo; estes serán censados pola UTB)

	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	Sexo	Data nacemento
1					/ /
2					/ /
3					/ /
4					/ /
5					/ /

No caso de que o número de contactos íntimos e conviventes supere a cifra de cinco siga cubríndoos ao dorso desta folla

- \_ Se se responsabiliza do seguimento evolutivo e control da adhesión ao tratamento, debe cubrir as follas de evolución (2, 3 e 4) e envalas á UTB nos prazos sinalados.
- \_ No caso contrario (non se responsabiliza do seguimento) envíe esta primeira folla por correo e remita o enfermo á UTB.
- \_ Se instaura un tratamento supervisado e non pode responsabilizarse da súa administración, envíe esta primeira folla por correo e remita o enfermo á UTB.

**Este primeiro exemplar débese enviar por correo (nunca a través do enfermo) á UTB no prazo dunha semana dende a data da instauración do tratamento**

**CENSO DOS CONTACTOS ÍNTIMOS E CONVIVENTES** (non incluír os contactos do colectivo; estes serán censados pola UTB)

	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	Sexo	Data nacemento
6					___ / ___ / ___
7					___ / ___ / ___
8					___ / ___ / ___
9					___ / ___ / ___
10					___ / ___ / ___
11					___ / ___ / ___
12					___ / ___ / ___
13					___ / ___ / ___
14					___ / ___ / ___
15					___ / ___ / ___
16					___ / ___ / ___
17					___ / ___ / ___
18					___ / ___ / ___
19					___ / ___ / ___
20					___ / ___ / ___



**REXISTRO GALEGO DE TUBERCULOSE**

**MÉDICO RESPONSABLE DO DIAGNÓSTICO**

1. Apelidos e nome .....

2. Centro/servizo .....

3. Teléfono .....

**IDENTIFICACIÓN DO CASO**

4. 1º Apelido	5. 2º Apelido	6. Nome	7. Data de nacemento / /
8. DNI/NIF	9. NSS	10. CIP	11. Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
12. Enderezo	Nº	Piso	Concello
13. Teléfono de contacto	14. País de orixe	15. Data de chegada a España / /	

**DATOS SOBRE O DIAGNÓSTICO**

16. Data inicio síntomas / / 17. Data primeira consulta / /

18. Tipo de tuberculose  
 1. Caso novo  2. Caso tratado previamente  2.1. Recidiva  2.2. Abandono recuperado  2.3. Crónico/fracaso

19. Localización  
 1. TB pulmonar  2. TB extrapulmonar (incluída a pleural)  Especificar .....

20. Rx tórax  
 1. Patolóxica con caverna  2. Patolóxica sen caverna  3. Normal  4. Non realizada

21. Bacterioloxía  
 1. BAAR Positivo  Negativo  Pendente  Non realizado   
 2. Cultivo Positivo  Negativo  Pendente  Non realizado

22. Identificación  
 1. Mt  2. Outras  Especificar .....

23. Antibiograma  
 1. Realizado  1.1. Resistencia 1ª liña Si  Especificar .....  
 2. Non realizado  Non

24. Outras probas  
 Especificar (PCR, A. patolóxica ...)

25. Factores asociados  
 1. VIH  2. Usuario drogas  3. Alcoholismo  4. Contacto con Tb (≤ 2 anos)  5. Outros

**DATOS SOBRE O TRATAMENTO**

26. Data de instauración / /

27. Pauta  
 2 HRZ + 4 HR   
 2 HRZE + 4 HR   
 2 HRZES + 1 HRZE + 5 HRE   
 Outra   
 Especificar .....

28. Tratamento supervisado  
 Si   
 Non

29. Seguimento evolutivo e control da adhesión ao tratamento:  
 Derívase á UTB Si   
 Non

**INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS**

30. Vive en  
 1. Domicilio familiar   
 2. Residencia ou institución (especificar)

31. Situación socio-profesional (especificar)  
 1. Colectivo escolar   
 2. Colectivo laboral   
 3. Outro colectivo   
 4. Non pertence a ningún colectivo

32. ¿Está xustificada a actuación da UTB no colectivo? Si  Non

- Cubra esta folia e envíe á UTB cando obteña os datos relativos ao terceiro mes do tratamento e nun prazo máximo de tres meses e medio dende a data de instauración do tratamento.  
 - No momento en que se detecte ou sospeite un abandono do tratamento ou perda do enfermo (non acode á consulta) debe comunicalo telefonicamente á UTB.  
 - Se no curso do seguimento do tratamento a aparición de complicacións ou o traslado de domicilio do enfermo lle fai imposible continuar co seu seguimento, remita o enfermo ao novo médico acompañado destas follas e comuníqueo telefonicamente á UTB.

**DATOS DO SEGUIMENTO EVOLUTIVO E CONTROL DA ADHESIÓN AO TRATAMENTO**

Mes	Data da consulta	Toma medicación 0. Abandono 1. Si, correcta 2. Si, incorrecta	BAAR	CULTIVO	Reaccións adversas á medicación 1. Non 2. Si, especificar
			1. Positivo 3. Pendente	2. Negativo 4. Non realizado	
1	/ /				
2	/ /				
3	/ /				



**REXISTRO GALEGO DE TUBERCULOSE**

**MÉDICO RESPONSABLE DO DIAGNÓSTICO**

1. Apelidos e nome .....

2. Centro/servizo .....

3. Teléfono .....

**IDENTIFICACIÓN DO CASO**

4. 1º Apelido ..... 5. 2º Apelido ..... 6. Nome ..... 7. Data de nacemento ..... / ..... / .....

8. DNI/NIF ..... 9. NSS ..... 10. CIP ..... 11. Sexo H  M

12. Enderezo ..... Nº ..... Piso ..... Concello .....

13. Teléfono de contacto ..... 14. País de orixe ..... 15. Data de chegada a España ..... / ..... / .....

**DATOS SOBRE O DIAGNÓSTICO**

16. Data inicio síntomas ..... / ..... / ..... 17. Data primeira consulta ..... / ..... / .....

18. Tipo de tuberculose 1. Caso novo  2. Caso tratado previamente  2.1. Recidiva  2.2. Abandono recuperado  2.3. Crónico/fracaso

19. Localización 1. TB pulmonar  2. TB extrapulmonar (incluída a pleural)  Especificar .....

20. Rx tórax 1. Patolóxica con caverna  2. Patolóxica sen caverna  3. Normal  4. Non realizada

21. Bacterioloxía 1. BAAR Positivo  Negativo  Pendente  Non realizado   
 2. Cultivo Positivo  Negativo  Pendente  Non realizado

22. Identificación 1. Mt  2. Outras  Especificar .....

23. Antibiograma 1. Realizado  1.1. Resistencia 1ª liña Si  Especificar .....  
 2. Non realizado  Non

24. Outras probas Especificar (PCR, A. patolóxica ...) .....

25. Factores asociados 1. VIH  2. Usuario drogas  3. Alcoholismo  4. Contacto con Tb (≤ 2 anos)  5. Outros

**DATOS SOBRE O TRATAMENTO**

26. Data de instauración ..... / ..... / .....

27. Pauta 2 HRZ + 4 HR   
 2 HRZE + 4 HR   
 2 HRZES + 1 HRZE + 5 HRE   
 Outra   
 Especificar .....

28. Tratamento supervisado Si   
 Non

29. Seguimento evolutivo e control da adhesión ao tratamento:  
 Derívase á UTB Si   
 Non

**INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS**

30. Vive en 1. Domicilio familiar   
 2. Residencia ou institución (especificar)

31. Situación socio-profesional (especificar)  
 1. Colectivo escolar   
 2. Colectivo laboral   
 3. Outro colectivo   
 4. Non pertence a ningún colectivo

32. ¿Está xustificada a actuación da UTB no colectivo? Si  Non

\_ Cubra esta folla e envíe á UTB cando obteña os datos relativos ao sexto mes do tratamento e nun prazo máximo de seis meses e medio dende a data de instauración do tratamento.  
 \_ No momento en que se detecte ou sospeite un abandono do tratamento ou perda do enfermo (non acode á consulta) **debe comunicalo telefonicamente á UTB.**  
 \_ Se no curso do seguimento do tratamento a aparición de complicacións ou o traslado de domicilio do enfermo lle fai imposible continuar co seu seguimento, remita o enfermo ao novo médico acompañado destas follas e **comuniqueo telefonicamente á UTB.**

**DATOS DO SEGUIMENTO EVOLUTIVO E CONTROL DA ADHESIÓN AO TRATAMENTO**

Mes	Data da consulta	Toma medicación 0. Abandono 1. Si, correcta 2. Si, incorrecta	BAAR		CULTIVO		Reaccións adversas á medicación 1. Non 2. Si, especificar
			1. Positivo 3. Pendente	2. Negativo 4. Non realizado			
1	..... / ..... / .....						
2	..... / ..... / .....						
3	..... / ..... / .....						
4	..... / ..... / .....						
5	..... / ..... / .....						
6	..... / ..... / .....						

\_ Se se rematou o tratamento (pauta de 6 meses) cubra o apartado correspondente da situación final e envíe a folla á UTB.  
 \_ Se se instaurou outra pauta ou hai unha prolongación ou cambio do tratamento, continúe na seguinte folla e poña unha cruz no recadro correspondente. Envíe a folla á UTB.

**SITUACIÓN AO FINAL DO CICLO DE TRATAMENTO** (pauta de 6 meses)

1. Curación bacteriolóxica  6. Morte por outras causas  10. Prolongación/cambio do tratamento:  
 2. Tratamento completado  7. Retírase por indicación médica 1. Por cumprimento incorrecto  5. Por resistencia  11. Indicar nova pauta se procede  
 3. Abandono non recuperado  8. Traslado fóra da CA 2. Por intolerancia  6. Por inmunodepresión   
 4. Perda do enfermo  9. No caso 3. Por fracaso terapéutico  7. Por outra indicación médica   
 5. Morte por TB 4. Por abandono recuperado



**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Dirección Xeral de Saúde Pública  
 e Planificación

## REXISTRO GALEGO DE TUBERCULOSE

### MÉDICO RESPONSABLE DO DIAGNÓSTICO

1. Apelidos e nome .....

2. Centro/servizo .....

3. Teléfono .....

### IDENTIFICACIÓN DO CASO

4. 1º Apelido	5. 2º Apelido	6. Nome	7. Data de nacemento / /
8. DNI/NIF	9. NSS	10. CIP	11. Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
12. Enderezo	Nº	Piso	Concello
13. Teléfono de contacto	14. País de orixe	15. Data de chegada a España / /	

### DATOS SOBRE O DIAGNÓSTICO

16. Data inicio síntomas / / 17. Data primeira consulta / /

18. Tipo de tuberculose  
 1. Caso novo  2. Caso tratado previamente  2.1. Recidiva  2.2. Abandono recuperado  2.3. Crónico/fracaso

19. Localización  
 1. TB pulmonar  2. TB extrapulmonar (incluída a pleural)  Especificar .....

20. Rx tórax  
 1. Patolóxica con caverna  2. Patolóxica sen caverna  3. Normal  4. Non realizada

21. Bacterioloxía  
 1. BAAR Positivo  Negativo  Pendente  Non realizado   
 2. Cultivo Positivo  Negativo  Pendente  Non realizado

22. Identificación  
 1. Mt  2. Outras  Especificar .....

23. Antibiograma  
 1. Realizado  1.1. Resistencia 1ª liña Si  Especificar .....

2. Non realizado  Non

24. Outras probas  
 Especificar (PCR, A. patolóxica ...)

25. Factores asociados  
 1. VIH  2. Usuario drogas  3. Alcoholismo  4. Contacto con Tb (≤ 2 anos)  5. Outros

### DATOS SOBRE O TRATAMENTO

26. Data de instauración / /

27. Pauta  
 2 HRZ + 4 HR   
 2 HRZE + 4 HR   
 2 HRZES + 1 HRZE + 5 HRE   
 Outra   
 Especificar .....

28. Tratamento supervisado  
 Si   
 Non

29. Seguimento evolutivo e control da adhesión ao tratamento:  
 Derívase á UTB Si   
 Non

### INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS

30. Vive en  
 1. Domicilio familiar   
 2. Residencia ou institución (especificar)

31. Situación socio-profesional (especificar)  
 1. Colectivo escolar   
 2. Colectivo laboral   
 3. Outro colectivo   
 4. Non pertence a ningún colectivo

32. ¿Está xustificada a actuación da UTB no colectivo? Si  Non

\_ Cubra esta folla e envíe á UTB cando obteña os datos relativos ao noveno mes do tratamento e nun prazo máximo de nove meses e medio dende a data de instauración do tratamento.

\_ No momento en que se detecte ou sospeite un abandono do tratamento ou perda do enfermo (non acode á consulta) debe comunicalo telefonicamente á UTB.

\_ Se no curso do seguimento do tratamento a aparición de complicacións ou o traslado de domicilio do enfermo lle fai imposible continuar co seu seguimento, remita o enfermo ao novo médico acompañado destas follas e comuníqueo telefonicamente á UTB.

### DATOS DO SEGUIMENTO EVOLUTIVO E CONTROL DA ADHESIÓN AO TRATAMENTO

Mes	Data da consulta	Toma medicación 0. Abandono 1. Si, correcta 2. Si, incorrecta	BAAR		CULTIVO		Reaccións adversas á medicación 1. Non 2. Si, especificar
			1. Positivo 3. Pendente	2. Negativo 4. Non realizado			
1	/ /						
2	/ /						
3	/ /						
4	/ /						
5	/ /						
6	/ /						
7	/ /						
8	/ /						
9	/ /						

### SITUACIÓN AO FINAL DO CICLO DE TRATAMENTO (pauta de 9 meses)

<input type="checkbox"/> 1. Curación bacteriolóxica	<input type="checkbox"/> 6. Morte por outras causas	<input type="checkbox"/> 10. Prolongación/cambio do tratamento:	<input type="checkbox"/> 11. Indicar nova pauta se procede
<input type="checkbox"/> 2. Tratamento completado	<input type="checkbox"/> 7. Retírase por indicación médica	1. Por cumprimento incorrecto	<input type="checkbox"/> 5. Por resistencia
<input type="checkbox"/> 3. Abandono non recuperado	<input type="checkbox"/> 8. Traslado fóra da CA	2. Por intolerancia	<input type="checkbox"/> 6. Por inmunodepresión
<input type="checkbox"/> 4. Perda do enfermo	<input type="checkbox"/> 9. No caso	3. Por fracaso terapéutico	<input type="checkbox"/> 7. Por outra indicación médica
<input type="checkbox"/> 5. Morte por TB		4. Por abandono recuperado	<input type="checkbox"/>





**REXISTRO GALEGO DE TUBERCULOSE**

**MÉDICO RESPONSABLE DO DIAGNÓSTICO**

1. Apelidos e nome .....

2. Centro/servizo .....

3. Teléfono .....

**IDENTIFICACIÓN DO CASO**

4. 1º Apelido ..... 5. 2º Apelido ..... 6. Nome ..... 7. Data de nacemento ..... / ..... / .....

8. DNI/NIF ..... 9. NSS ..... 10. CIP ..... 11. Sexo H  M

12. Enderezo ..... Nº ..... Piso ..... Concello .....

13. Teléfono de contacto ..... 14. País de orixe ..... 15. Data de chegada a España ..... / ..... / .....

**DATOS SOBRE O DIAGNÓSTICO**

16. Data inicio síntomas ..... / ..... / ..... 17. Data primeira consulta ..... / ..... / .....

18. Tipo de tuberculose 1. Caso novo  2. Caso tratado previamente  2.1. Recidiva  2.2. Abandono recuperado  2.3. Crónico/fracaso

19. Localización 1. TB pulmonar  2. TB extrapulmonar (incluída a pleural)  Especificar .....

20. Rx tórax 1. Patolóxica con caverna  2. Patolóxica sen caverna  3. Normal  4. Non realizada

21. Bacterioloxía 1. BAAR Positivo  Negativo  Pendente  Non realizado   
 2. Cultivo Positivo  Negativo  Pendente  Non realizado

22. Identificación 1. Mt  2. Outras  Especificar .....

23. Antibiograma 1. Realizado  1.1. Resistencia 1ª liña Si  Especificar .....  
 2. Non realizado  Non

24. Outras probas Especificar (PCR, A. patolóxica ...) .....

25. Factores asociados 1. VIH  2. Usuario drogas  3. Alcoholismo  4. Contacto con Tb (≤ 2 anos)  5. Outros

**DATOS SOBRE O TRATAMENTO**

26. Data de instauración ..... / ..... / .....

27. Pauta 2 HRZ + 4 HR   
 2 HRZE + 4 HR   
 2 HRZES + 1 HRZE + 5 HRE   
 Outra   
 Especificar .....

28. Tratamento supervisado Si   
 Non

29. Seguimento evolutivo e control da adhesión ao tratamento:  
 Derívase á UTB Si   
 Non

**INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS**

30. Vive en 1. Domicilio familiar   
 2. Residencia ou institución (especificar)

31. Situación socio-profesional (especificar)  
 1. Colectivo escolar   
 2. Colectivo laboral   
 3. Outro colectivo   
 4. Non pertence a ningún colectivo

32. ¿Está xustificada a actuación da UTB no colectivo? Si  Non

\_ Cubra esta folla e envíe á UTB cando obteña os datos relativos ao noveno mes do tratamento e nun prazo máximo de nove meses e medio dende a data de instauración do tratamento.  
 \_ No momento en que se detecte ou sospeite un abandono do tratamento ou perda do enfermo (non acode á consulta) debe comunicalo telefonicamente á UTB.  
 \_ Se no curso do seguimento do tratamento a aparición de complicacións ou o traslado de domicilio do enfermo lle fai imposible continuar co seu seguimento, remita o enfermo ao novo médico acompañado destas follas e comuníqueo telefonicamente á UTB.

**DATOS DO SEGUIMENTO EVOLUTIVO E CONTROL DA ADHESIÓN AO TRATAMENTO**

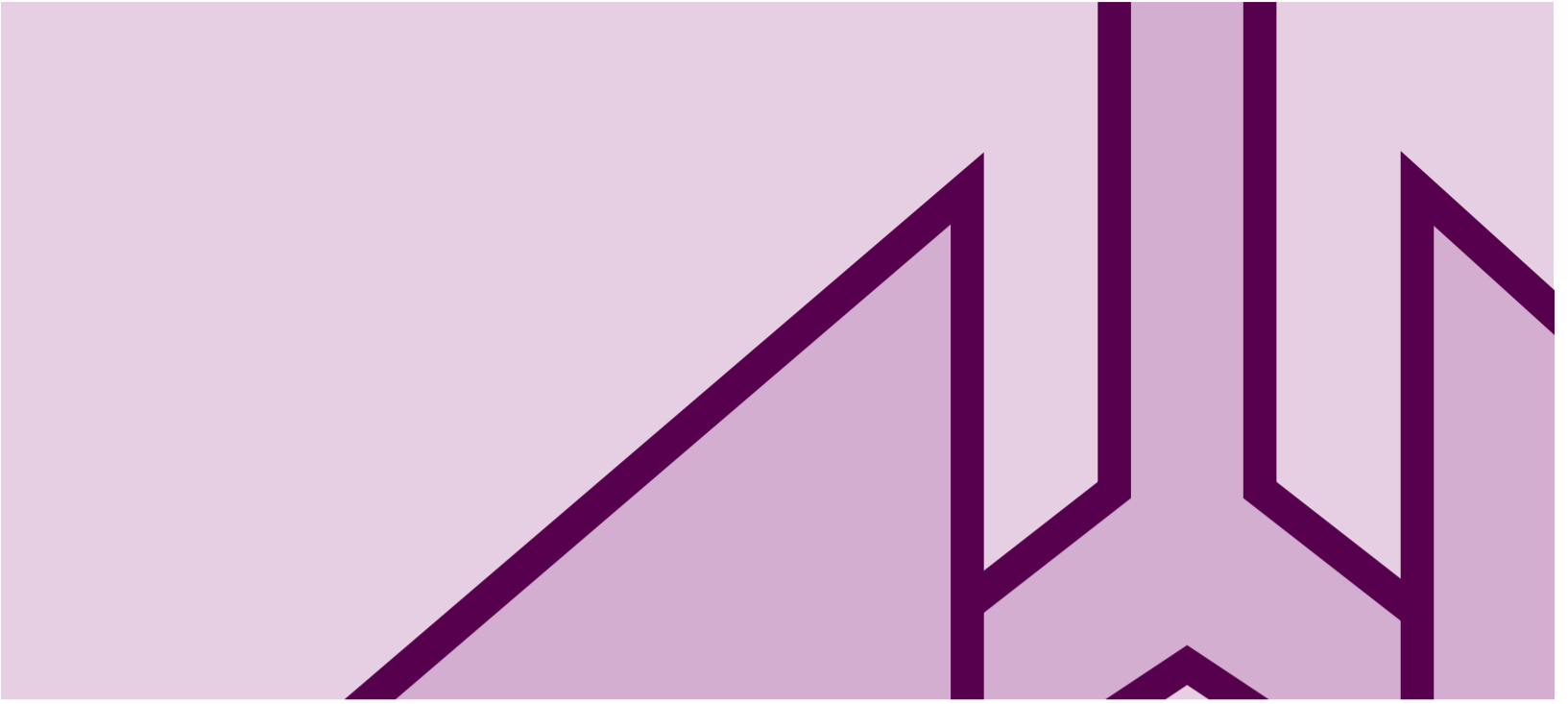
Mes	Data da consulta	Toma medicación 0. Abandono 1. Si, correcta 2. Si, incorrecta	BAAR		CULTIVO		Reaccións adversas á medicación 1. Non 2. Si, especificar
			1. Positivo 3. Pendente	2. Negativo 4. Non realizado			
1	..... / ..... / .....						
2	..... / ..... / .....						
3	..... / ..... / .....						
4	..... / ..... / .....						
5	..... / ..... / .....						
6	..... / ..... / .....						
7	..... / ..... / .....						
8	..... / ..... / .....						
9	..... / ..... / .....						

**SITUACIÓN AO FINAL DO CICLO DE TRATAMENTO (pauta de 9 meses)**

1. Curación bacteriolóxica  6. Morte por outras causas  10. Prolongación/cambio do tratamento:  
 2. Tratamento completado  7. Retírase por indicación médica 1. Por cumprimento incorrecto  5. Por resistencia  11. Indicar nova pauta se procede  
 3. Abandono non recuperado  8. Traslado fóra da CA 2. Por intolerancia  6. Por inmunodepresión   
 4. Perda do enfermo  9. No caso 3. Por fracaso terapéutico  7. Por outra indicación médica   
 5. Morte por TB 4. Por abandono recuperado

# Estudio contactos tuberculose

Programa galego de prevención e control da tuberculose



XUNTA DE GALICIA

XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE



10	Dirección Xeral de Saúde Pública e Planificación e Rexistro
	Consellería de Sanidade









**MÉDICO RESPONSABLE DO DIAGNÓSTICO**

Apelidos e nome .....

Centro / Servizo .....

Teléfono .....

**DATOS DE FILIACIÓN**

1º Apelido	2º Apelido	Nome	Data de nacemento / /
DNI/NIF	NSS	CIP	Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Enderezo	Nº	Piso	Concello
Teléfono de contacto	País de orixe	Data de chegada a España / /	

**DATOS DO ESTUDO DE INFECCIÓN TUBERCULOSA**

<b>DATA DO ESTUDO</b> / /	<b>GRUPO DE ESTUDO</b>
<b>Antecedentes:</b>	VIH (+) <input type="checkbox"/>
VIH Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/>	Persoal sanitario <input type="checkbox"/>
Hepatite B Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/>	Países alta endemia TB <input type="checkbox"/>
Hepatite C Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/>	Tratamento anti-TNF <input type="checkbox"/>
Vacinado con BCG Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/> .....
Mantoux previo Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/> Data / / mm	

<b>MANTOUX ACTUAL</b>	<b>IGRA</b> (Interferon Gamma Release Assay)
Inicial <input type="checkbox"/> Data / / mm	Positivo <input type="checkbox"/>
Retest (7-10 días) <input type="checkbox"/> Data / / mm	Negativo <input type="checkbox"/>
Non realizada por Positivo previo <input type="checkbox"/> TB antiga <input type="checkbox"/>	Indeterminado <input type="checkbox"/>
Negativa do doente <input type="checkbox"/> Outra causa <input type="checkbox"/>	

<b>RX TÓRAX</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
Normal/patolóxica non suxestiva de TB <input type="checkbox"/>	Non infectado no enfermo <input type="checkbox"/>
Patolóxica TB <input type="checkbox"/>	Infectado no enfermo <input type="checkbox"/>
TB cicatricial <input type="checkbox"/>	Enfermo <input type="checkbox"/>
Non realizada <input type="checkbox"/>	Non completou o estudo <input type="checkbox"/>
Non consta <input type="checkbox"/>	Non iniciou o estudo <input type="checkbox"/>

<b>TRATAMENTO INFECCIÓN TUBERCULOSA (TIT)</b>	<b>TRATAMENTO SUPERVISADO</b>
Data inicio / /	Si <input type="checkbox"/> Responsable .....
Pauta: 6 H <input type="checkbox"/> 9 H <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> .....	Non <input type="checkbox"/> Non acepta <input type="checkbox"/>

<b>SEGUIMIENTO TIT</b>			
Data da consulta / /	/ /	/ /	/ /
<b>Toma medicación</b>			
Correcta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incorrecta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspendeuse por indicación médica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspendeuse por enfermidade TB <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non consta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Reaccións adversas á medicación</b>			
Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, especificar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>REALIZACIÓN TIT</b>	Data finalización / /
Realización TIT: Correcta <input type="checkbox"/> Incorrecta <input type="checkbox"/> Suspendeuse por indicación médica <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Non consta <input type="checkbox"/>	



**MÉDICO RESPONSABLE DO DIAGNÓSTICO**

Apelidos e nome .....

Centro / Servizo .....

Teléfono .....

**DATOS DE FILIACIÓN**

1º Apelido	2º Apelido	Nome	Data de nacemento / /
DNI/NIF	NSS	CIP	Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Enderezo	Nº	Piso	Concello
Teléfono de contacto	País de orixe	Data de chegada a España / /	

**DATOS DO ESTUDO DE INFECCIÓN TUBERCULOSA**

<b>DATA DO ESTUDO</b> / /	<b>GRUPO DE ESTUDO</b>
<b>Antecedentes:</b>	VIH (+) <input type="checkbox"/>
VIH Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/>	Persoal sanitario <input type="checkbox"/>
Hepatite B Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/>	Países alta endemia TB <input type="checkbox"/>
Hepatite C Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/>	Tratamento anti-TNF <input type="checkbox"/>
Vacinado con BCG Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/> .....
Mantoux previo Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/> Data / / mm	

**MANTOUX ACTUAL**

Inicial <input type="checkbox"/> Data / / mm	<b>IGRA</b> (Interferon Gamma Release Assay)
Retest (7-10 días) <input type="checkbox"/> Data / / mm	Positivo <input type="checkbox"/>
Non realizada por Positivo previo <input type="checkbox"/> TB antiga <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
Negativa do doente <input type="checkbox"/> Outra causa <input type="checkbox"/>	Indeterminado <input type="checkbox"/>

**RX TÓRAX**

Normal/patolóxica non suxestiva de TB <input type="checkbox"/>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
Patolóxica TB <input type="checkbox"/>	Non infectado no enfermo <input type="checkbox"/>
TB cicatricial <input type="checkbox"/>	Infectado no enfermo <input type="checkbox"/>
Non realizada <input type="checkbox"/>	Enfermo <input type="checkbox"/>
Non consta <input type="checkbox"/>	Non completou o estudo <input type="checkbox"/>
	Non iniciou o estudo <input type="checkbox"/>

**TRATAMENTO INFECCIÓN TUBERCULOSA (TIT)**

Data inicio / /	<b>TRATAMENTO SUPERVISADO</b>
Pauta: 6 H <input type="checkbox"/> 9 H <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> .....	Si <input type="checkbox"/> Responsable .....
	Non <input type="checkbox"/> Non acepta <input type="checkbox"/>

**SEGUIMIENTO TIT**

<b>Data da consulta</b> / /	/ /	/ /
<b>Toma medicación</b>		
Correcta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incorrecta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspendeuse por indicación médica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspendeuse por enfermidade TB <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non consta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Reaccións adversas á medicación</b>		
Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, especificar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**REALIZACIÓN TIT**

<b>Realización TIT:</b> Correcta <input type="checkbox"/> Incorrecta <input type="checkbox"/> Suspendeuse por indicación médica <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Non consta <input type="checkbox"/>	Data finalización / /
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------



**MÉDICO RESPONSABLE DO DIAGNÓSTICO**

Apelidos e nome .....

Centro / Servizo .....

Teléfono .....

**DATOS DE FILIACIÓN**

1º Apelido	2º Apelido	Nome	Data de nacemento / /
DNI/NIF	NSS	CIP	Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Enderezo	Nº	Piso	Concello
Teléfono de contacto	País de orixe	Data de chegada a España / /	

**DATOS DO ESTUDO DE INFECCIÓN TUBERCULOSA**

<b>DATA DO ESTUDO</b> / /	<b>GRUPO DE ESTUDO</b>
<b>Antecedentes:</b>	VIH (+) <input type="checkbox"/>
VIH Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/>	Persoal sanitario <input type="checkbox"/>
Hepatite B Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/>	Países alta endemia TB <input type="checkbox"/>
Hepatite C Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/>	Tratamento anti-TNF <input type="checkbox"/>
Vacinado con BCG Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/> .....
Mantoux previo Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nc <input type="checkbox"/> Data / / mm	

**MANTOUX ACTUAL**

Inicial <input type="checkbox"/> Data / / mm	<b>IGRA</b> (Interferon Gamma Release Assay)
Retest (7-10 días) <input type="checkbox"/> Data / / mm	Positivo <input type="checkbox"/>
Non realizada por Positivo previo <input type="checkbox"/> TB antiga <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
Negativa do doente <input type="checkbox"/> Outra causa <input type="checkbox"/>	Indeterminado <input type="checkbox"/>

**RX TÓRAX**

Normal/patolóxica non suxestiva de TB <input type="checkbox"/>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
Patolóxica TB <input type="checkbox"/>	Non infectado no enfermo <input type="checkbox"/>
TB cicatricial <input type="checkbox"/>	Infectado no enfermo <input type="checkbox"/>
Non realizada <input type="checkbox"/>	Enfermo <input type="checkbox"/>
Non consta <input type="checkbox"/>	Non completou o estudo <input type="checkbox"/>
	Non iniciou o estudo <input type="checkbox"/>

**TRATAMENTO INFECCIÓN TUBERCULOSA (TIT)**

Data inicio / /	<b>TRATAMENTO SUPERVISADO</b>
Pauta: 6 H <input type="checkbox"/> 9 H <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> .....	Si <input type="checkbox"/> Responsable .....
	Non <input type="checkbox"/> Non acepta <input type="checkbox"/>

**SEGUIMIENTO TIT**

<b>Data da consulta</b> / /	/ /	/ /
<b>Toma medicación</b>		
Correcta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incorrecta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspendeuse por indicación médica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspendeuse por enfermidade TB <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non consta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Reaccións adversas á medicación</b>		
Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, especificar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**REALIZACIÓN TIT**

<b>Realización TIT:</b> Correcta <input type="checkbox"/> Incorrecta <input type="checkbox"/> Suspendeuse por indicación médica <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Non consta <input type="checkbox"/>	Data finalización / /
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------



## Estudos de infección tuberculosa

Programa galego de prevención e control da tuberculose



XUNTA DE GALICIA

09  
I

Estudos de infección tuberculosa. Programa galego de prevención e control da tuberculose.



Consellería de Sanidade

Saúde Pública e Planificación

Rexistro

### UNIDADES DE TUBERCULOSE (UTB) EN GALICIA

UTB Ferrol	981 336 686
UTB A Coruña	981 178 255
UTB Santiago	981 950 036
UTB Lugo	982 296 374
UTB Ourense	988 385 793
UTB Pontevedra	986 807 005
UTB Vigo	986 219 053



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE

XUNTA DE GALICIA

## Estudos de infección tuberculosa

Programa galego de prevención e control da tuberculose

# Rexistro micobacterias

Programa galego de prevención e control da tuberculose

Rexistro micobacterias. Programa galego de prevención e control da tuberculose.



XUNTA DE GALICIA

08  
I

Dirección Xeral  
de Saúde Pública  
e Planificación  
Rexistro

Consellería  
de Sanidade



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE

XUNTA DE GALICIA

Programa galego de prevención e control da tuberculose

# Rexistro micobacterias

## ENVÍO DE MOSTRAS POR CORREO

▼ 1.	<b>Envío de cepas de <i>Mycobacterium sp.</i>:</b>  Enviaranse preferentemente en medio sólido, en tubos de tapón de rosca. O tapón debe estar selado cunha cinta impermeable. Este tubo debe estar envolto en material capaz de absorber o volume total do cultivo se este chega a ter perdas ou romperse; logo introdúcese nun segundo recipiente hermético e irrompible. Este último colócase nun envase para envíos, normalmente de cartón.  As cepas deste xeito envoltas, envíanse a través do correo habitualmente utilizado en cada hospital, que asegure a chegada ao laboratorio de referencia en 24 horas (Exemplo: SEUR-10)
▼ 2.	<b>Envío de mostras clínicas para realización de técnicas de amplificación de DNA/RNA do complexo <i>M. tuberculosis</i>.</b>
2.a.	<b>Mostras:</b> introducíranse en frascos estériles apropiados, pechados con tapón de rosca e selados co parafilm. Depositarse nun contador de seguridade e utilizar o mesmo sistema de envío que o utilizado para o envío de cepas.  Non será necesario realizar ningunha manipulación das mostras a excepción de: _ Aspirados gástricos: tamponar previamente, ata ph=7-7,5 con tampón fosfato. _ Biopsias: engadir unha pequena cantidade de auga estéril, para impedir que seque. _ Urinas: mellor enviar sedimento (ver punto 2b).
2.b.	<b>Sedimentos:</b> será factible a realización de técnicas de amplificación nos sedimentos obtidos tras procedementos de concentración/descontaminación, realizados por diversos motivos no laboratorio de envío. Neste caso, indicar sempre o procedemento utilizado. Para enviar os sedimentos, será obrigado manter a refrixeración durante o transporte, utilizando packs conxelados ou criostatos e envases de poliestireno. Igualmente utilizaranse sistemas de correo que permitan a chegada ao laboratorio de referencia en 24 horas.

## RECEPCIÓN DE MOSTRAS

▼	O laboratorio de referencia recibirá mostras de luns a venres en horario das 9 ás 15 horas, agás festivos. En casos excepcionais, e tras consulta previa co dito laboratorio, será factible enviar mostras fóra deste horario.
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## CONSERVACIÓN DE CEPAS NOS LABORATORIOS

▼	As cepas de <i>M. tuberculosis</i> conservaranse preferentemente por conxelación a -70 °C en 2 ml de medio Middlebrook 7H9 (ou similar) cun 20% de glicerol. Igualmente mantéñense ben en auga destilada. As cepas de <i>M. tuberculosis</i> crecidas en tubo de Lowenstein-Jensen (ou similar) mantéñense viables longos períodos de tempo a 4 °C.
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## LABORATORIO DE REFERENCIA DE MICOBACTERIAS DE GALICIA

Servizo de Microbioloxía: (Dra. M. L. Pérez del Molino)  
Complexo Hospitalario Universitario de Santiago  
Tel.: 981 950 362 – Fax: 981 950 369



**LABORATORIO DE REFERENCIA DE  
 MICOBACTERIAS DE GALICIA**

Servizo de Microbioloxía  
 Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.  
 Tel.: 981 950 362 Fax: 981 950 369

Información considerada estritamente confidencial e para fins exclusivamente sanitarios (Lei orgánica 5/92, do 29 de outubro). A información proporcionarase aos usuarios en forma agregada.

**LABORATORIO ORIXE DA MOSTRA**

<b>Nº mostra</b>	<b>Laboratorio de orixe</b>
	Centro
Data entrada da mostra ____ / ____ / ____	Servizo/sección
Data saída do cultivo ____ / ____ / ____	Enderezo
	C.P. Localidade
<b>TIPO DE MOSTRA</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
Esputo espontáneo <input type="checkbox"/>	Baar positivo <input type="checkbox"/>
Esputo inducido <input type="checkbox"/>	Cultivo positivo <input type="checkbox"/>
BAS/BAL/biopsia pulmonar <input type="checkbox"/>	
Aspirado gástrico <input type="checkbox"/>	<b>IDENTIFICACIÓN</b>
Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	MT Complex <input type="checkbox"/> M. tuberculosis <input type="checkbox"/>
Outras <input type="checkbox"/>	M. bovis <input type="checkbox"/> M. africanum <input type="checkbox"/>
Non consta <input type="checkbox"/>	Outras micobacterias: <input type="checkbox"/>

**PROBAS SOLICITADAS**

Identificación <input type="checkbox"/>	Tipificación: 1. Brote epidemiolóxico <input type="checkbox"/>
Antibiograma <input type="checkbox"/>	2. Contaminación cruzada <input type="checkbox"/>
Antibiograma (2ª liña) <input type="checkbox"/>	3. Recidiva/reinfección <input type="checkbox"/>
Amplificación DNA/RNA MT Complex <input type="checkbox"/>	4. Outra <input type="checkbox"/>
PCR-xenes de resistencia <input type="checkbox"/>	

**DATOS DO PACIENTE**

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	Data nacemento ____ / ____ / ____
NSS	DNI/NIF	CIP	Nº CIª
Domicilio	Nº	Piso	Concello
			Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Teléfono de contacto	País de orixe		Data de chegada a España ____ / ____ / ____
Tratamento previo: Si <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RMP <input type="checkbox"/> PZ <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> EMB <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>			Tempo
Non <input type="checkbox"/>			
NC <input type="checkbox"/>			

**RESULTADOS DO LABORATORIO DE REFERENCIA DE MICOBACTERIAS DE GALICIA**

<b>Nº LRMG</b> <input type="checkbox"/>	Data entrada ____ / ____ / ____	Data saída ____ / ____ / ____			
<b>Identificación</b>	MT Complex <input type="checkbox"/>	M. tuberculosis <input type="checkbox"/>	M. bovis <input type="checkbox"/>	M. africanum <input type="checkbox"/>	Outras micobacterias: <input type="checkbox"/>
<b>Antibiograma</b>	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
<b>Fármacos 1ª liña</b>	S	R	<b>Fármacos 2ª liña</b>	S	R
INH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OFL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ETH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			CLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			LZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			LV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			MXFL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tipificación</b>	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
RFLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clúster	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clúster	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Spoligotyping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Diagnóstico molecular</b>	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Amplificación DNA MT COMPLEX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>	Non interpretable <input type="checkbox"/>
Amplificación RNA MT COMPLEX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>	Non interpretable <input type="checkbox"/>
<b>PCR-xenes de resistencia</b>	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Mutación/delección en rpoB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>	Non realizada <input type="checkbox"/>
Mutación en KatG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>	Non realizada <input type="checkbox"/>
Mutación en inhA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>	Non realizada <input type="checkbox"/>



**LABORATORIO DE REFERENCIA DE  
MICOBACTERIAS DE GALICIA**

Servizo de Microbioloxía  
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.  
Tel.: 981 950 362 Fax: 981 950 369

Información considerada estritamente confidencial e para fins exclusivamente sanitarios (Lei orgánica 5/92, do 29 de outubro). A información proporcionarase aos usuarios en forma agregada.

**LABORATORIO ORIXE DA MOSTRA**

<b>Nº mostra</b>	<b>Laboratorio de orixe</b>
	Centro
Data entrada da mostra ____ / ____ / ____	Servizo/sección
Data saída do cultivo ____ / ____ / ____	Enderezo
	C.P. Localidade
<b>TIPO DE MOSTRA</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
Esputo espontáneo <input type="checkbox"/>	Baar positivo <input type="checkbox"/>
Esputo inducido <input type="checkbox"/>	Cultivo positivo <input type="checkbox"/>
BAS/BAL/biopsia pulmonar <input type="checkbox"/>	
Aspirado gástrico <input type="checkbox"/>	<b>IDENTIFICACIÓN</b>
Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	MT Complex <input type="checkbox"/> M. tuberculosis <input type="checkbox"/>
Outras <input type="checkbox"/>	M. bovis <input type="checkbox"/> M. africanum <input type="checkbox"/>
Non consta <input type="checkbox"/>	Outras micobacterias: <input type="checkbox"/>

**PROBAS SOLICITADAS**

Identificación <input type="checkbox"/>	Tipificación:	1. Brote epidemiolóxico <input type="checkbox"/>
Antibiograma <input type="checkbox"/>		2. Contaminación cruzada <input type="checkbox"/>
Antibiograma (2ª liña) <input type="checkbox"/>		3. Recidiva/reinfección <input type="checkbox"/>
Amplificación DNA/RNA MT Complex <input type="checkbox"/>		4. Outra <input type="checkbox"/>
PCR-xenes de resistencia <input type="checkbox"/>		

**DATOS DO PACIENTE**

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	Data nacemento ____ / ____ / ____
NSS	DNI/NIF	CIP	Nº CIª
Domicilio	Nº	Piso	Concello
			Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Teléfono de contacto	País de orixe		Data de chegada a España ____ / ____ / ____
Tratamento previo: Si <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RMP <input type="checkbox"/> PZ <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> EMB <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>			Tempo
Non <input type="checkbox"/>			
NC <input type="checkbox"/>			

**RESULTADOS DO LABORATORIO DE REFERENCIA DE MICOBACTERIAS DE GALICIA**

<b>Nº LRMG</b> <input type="checkbox"/>	Data entrada ____ / ____ / ____	Data saída ____ / ____ / ____			
<b>Identificación</b>	MT Complex <input type="checkbox"/>	M. tuberculosis <input type="checkbox"/>	M. bovis <input type="checkbox"/>	M. africanum <input type="checkbox"/>	Outras micobacterias: <input type="checkbox"/>
<b>Antibiograma</b>	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
<b>Fármacos 1ª liña</b>	S <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	<b>Fármacos 2ª liña</b>	S <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
INH <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CLA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RMP <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LZ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PZ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OFL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AK <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MXFL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMB <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ETH <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Tipificación</b>	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
RFLP <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clúster	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
PCR <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clúster	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Spoligotyping <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Diagnóstico molecular</b>	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Amplificación DNA MT COMPLEX <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>	Non interpretable <input type="checkbox"/>	
Amplificación RNA MT COMPLEX <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>	Non interpretable <input type="checkbox"/>	
<b>PCR-xenes de resistencia</b>	Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Mutación/delección en rpoB <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>	Non realizada <input type="checkbox"/>	
Mutación en KatG <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>	Non realizada <input type="checkbox"/>	
Mutación en inhA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>	Non realizada <input type="checkbox"/>	



**LABORATORIO DE REFERENCIA DE  
 MICOBACTERIAS DE GALICIA**

Servizo de Microbioloxía  
 Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.  
 Tel.: 981 950 362 Fax: 981 950 369

Información considerada estritamente confidencial e para fins exclusivamente sanitarios (Lei orgánica 5/92, do 29 de outubro). A información proporcionarase aos usuarios en forma agregada.

**LABORATORIO ORIXE DA MOSTRA**

<b>Nº mostra</b>	<b>Laboratorio de orixe</b>
	Centro
Data entrada da mostra ____ / ____ / ____	Servizo/sección
Data saída do cultivo ____ / ____ / ____	Enderezo
	C.P. Localidade
<b>TIPO DE MOSTRA</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
Esputo espontáneo <input type="checkbox"/>	Baar positivo <input type="checkbox"/>
Esputo inducido <input type="checkbox"/>	Cultivo positivo <input type="checkbox"/>
BAS/BAL/biopsia pulmonar <input type="checkbox"/>	
Aspirado gástrico <input type="checkbox"/>	<b>IDENTIFICACIÓN</b>
Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	MT Complex <input type="checkbox"/> M. tuberculosis <input type="checkbox"/>
Outras <input type="checkbox"/>	M. bovis <input type="checkbox"/> M. africanum <input type="checkbox"/>
Non consta <input type="checkbox"/>	Outras micobacterias: <input type="checkbox"/>

**PROBAS SOLICITADAS**

Identificación <input type="checkbox"/>	Tipificación:	1. Brote epidemiolóxico <input type="checkbox"/>
Antibiograma <input type="checkbox"/>		2. Contaminación cruzada <input type="checkbox"/>
Antibiograma (2ª liña) <input type="checkbox"/>		3. Recidiva/reinfección <input type="checkbox"/>
Amplificación DNA/RNA MT Complex <input type="checkbox"/>		4. Outra <input type="checkbox"/>
PCR-xenes de resistencia <input type="checkbox"/>		

**DATOS DO PACIENTE**

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	Data nacemento ____ / ____ / ____
NSS	DNI/NIF	CIP	Nº CIª
Domicilio	Nº	Piso	Concello
			Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Teléfono de contacto	País de orixe		Data de chegada a España ____ / ____ / ____
Tratamento previo: Si <input type="checkbox"/>	INH <input type="checkbox"/>	RMP <input type="checkbox"/>	PZ <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	SM <input type="checkbox"/>	EMB <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
NC <input type="checkbox"/>			Tempo

**RESULTADOS DO LABORATORIO DE REFERENCIA DE MICOBACTERIAS DE GALICIA**

<b>Nº LRMG</b> <input type="checkbox"/>	Data entrada ____ / ____ / ____	Data saída ____ / ____ / ____
<b>Identificación</b>	MT Complex <input type="checkbox"/>	M. tuberculosis <input type="checkbox"/>
	M. bovis <input type="checkbox"/>	M. africanum <input type="checkbox"/>
	Outras micobacterias: <input type="checkbox"/>	
<b>Antibiograma</b>	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Fármacos 1ª liña</b>	S	R
INH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fármacos 2ª liña</b>	S	R
CS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OFL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ETH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	S	R
CLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MXFL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tipificación</b>	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
RFLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spoligotyping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Clúster	Si <input type="checkbox"/>
	Clúster	Non <input type="checkbox"/>
		Si <input type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico molecular</b>	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Amplificación DNA MT COMPLEX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>
Amplificación RNA MT COMPLEX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>
		Non interpretable <input type="checkbox"/>
		Non interpretable <input type="checkbox"/>
<b>PCR-xenes de resistencia</b>	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mutación/delección en rpoB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>
Mutación en KatG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>
Mutación en inhA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>
		Non realizada <input type="checkbox"/>
		Non realizada <input type="checkbox"/>
		Non realizada <input type="checkbox"/>