

Anexo 1. Pilotaje de la aplicación de la Guía Operativa para el Control de la comorbilidad Tuberculosis - Diabetes Mellitus

Tamizaje activo de tuberculosis en pacientes con Diabetes Mellitus

Todas las preguntas contenidas en este formulario son de carácter confidencial

Nombre y Apellidos:	Edad:
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Lugar de residencia:	
<input type="checkbox"/> Sin instrucción <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria	
Nivel educativo:	
<input type="checkbox"/> Superior No Universitaria <input type="checkbox"/> Superior Universitaria	

Diagnóstico y manejo de Diabetes Mellitus

Tipo de Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> No clasificada Explique
Fecha de diagnóstico:	
Tipo de tratamiento:	<input type="checkbox"/> No farmacológico <input type="checkbox"/> Farmacológico
Tratamiento farmacológico	

Medicamento	Fecha de inicio	Fecha de suspensión

Control de la glicemia - últimos 3 meses

Examen	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado

Fecha en que se logró el control de la Diabetes Mellitus:

Síndromes asociados a la DM:	<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia <input type="checkbox"/> Obesidad
	<input type="checkbox"/> Otro Explique:

Otras comorbilidades no relacionadas con Diabetes Mellitus

VIH Otras Explique:

Pesquisa de Tuberculosis

Sintomas presentes y duración Tos:

Pérdida de peso: Sudoración nocturna:

Fiebre vespertina Otro (explique):

Cuenta con radiografía de tórax? Si No **Fecha:**

En caso afirmativo, que muestra la radiografía? Aspecto Normal Imagenes sospechosas de TB
 Imagenes NO sospechosas de TB

Bacteriología (completar lo que corresponda)

Se realizó expectoración provocada? Si No

Baciloscopia **Fecha** **Resultado**

Cultivo **Fecha** **Resultado**

Molecular **Fecha** **Resultado**

Tipificación **Fecha** **Resultado**

PSF **Fecha** **Resultado**