



ANEXO 1

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS

Órgano y/o Unidad Orgánica:	<i>Estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis – Hospital Regional del Cusco</i>
Actividad del POI:	<i>Atención integral a pacientes con tuberculosis</i>
Denominación de la Contratación:	<i>Servicio de impresión de formatos y tarjetas para la estrategia TBC</i>

I. FINALIDAD PÚBLICA

Garantizar la continuidad de la atención, seguimiento y control del tratamiento de pacientes con tuberculosis, mediante la disponibilidad de formatos y tarjetas necesarios para el registro y administración de medicamentos.

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

Contratación del servicio de impresión de formatos y tarjetas para el control de administración de medicamentos TBC y solicitudes bacteriológicas, conforme a los modelos adjuntos.

Incluye:

- Tarjetas de control de medicamentos TBC primera línea
- Tarjetas de control de medicamentos TBC segunda línea
- Formatos de solicitud bacteriológica autocopiativos

III. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El proveedor deberá:

- Imprimir los formatos conforme a los modelos proporcionados por la entidad.
- Respetar el diseño, estructura, distribución y contenido.
- Garantizar calidad de impresión, legibilidad y durabilidad.
- Entregar los productos debidamente embalados.
- Buena calidad de impresión, sin borrones ni defectos

Detalle del servicio:

- Tarjeta control medicamentos TBC primera línea:
Cantidad: 300 juegos
Formato: A4
2 hojas anverso y reverso
Color: Amarillo
- Tarjeta control medicamentos TBC segunda línea:
Cantidad: 50 juegos
Formato: A4
3 hojas anverso y reverso
Color: Verde
- Formato solicitud bacteriológica:
Cantidad: 200 cuadernillos
Cada cuadernillo: 100 hojas
Tipo: Autocopiativo (original + copia)

Tamaño: A5

I. GARANTÍA DEL SERVICIO

El proveedor garantizará la calidad de la impresión, debiendo reponer sin costo alguno cualquier material defectuoso.

II. REQUISITOS DEL PROVEEDOR

- Contar con RUC activo y habido
- No tener impedimento para contratar con el Estado conforme a la Ley N° 32069
- Dedicarse al rubro de servicios de impresión
- Contar con experiencia en servicios similares

III. LUGAR Y PLAZO DE LA PRESTACIÓN

**Hagamos
HISTORIA**

Av. La Cultura S/N Cusco – Perú
Teléfonos (084) 227661 / Emergencia (084) 223691
www.hrcusco.gob.pe / hrc@hospitalregionalcusco.gob.pe



SOLICITUD PARA INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA EN TUBER (EXÁMENES GRATUITOS)

1. HOSPITAL REGIONAL CUSCO:

1. N° de Reg. S.R.:

2. Hist. Clínica: Apellidos Nombres

Dirección:

DNI: Distrito:

Edad Sexo Provincia:

3. Tipo de Muestra:

4. Antecedentes de Tratamiento:

5. Para Diagnóstico:

6. Control de Tratamiento:

7. Ex. Solicitado: Baciloscopia

8. Fecha de observación de la muestra:

Otra Especificar:

Antes tratado: Recaído Esq. TB sensible

Seg. Diagnóst. 2da. M.

Esq. TB sensible Especificar:

Abandono Recup: Esq. XDR

Rx Anormal Otros

Esq. MDR Convencional

Otras (especificar N°)

9. Calidad de la muestra:

Otros

Adecuada: Especificar:

Inadecuada:

10. Observaciones:

11. RESULTADOS:		
Fecha	Procedimiento	N° de Registro de Laboratorio
<input type="text"/>	Baciloscopia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Cultivo	<input type="text"/>

(PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO)

Aspecto Macroscópico

Aspecto Resultados (solo anotar en la casilla correspondiente)

NEGATIVO Anotar (-)

N° BAAR/Colonias

POSITIVO (Anotar: +, ++, +++ con color rojo)

13. Fecha de Entrega:

12. Apellidos y Nombres del Laboratorio:

14. Observaciones:

05



1. N° de Reg. S.R.: []

SOLICITUD PARA INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA EN TUBERCULOSIS (EXÁMENES GRATUITOS)

1. HOSPITAL REGIONAL CUSCO: Servicio: Cama: []
..... Edad [] Sexo []

2. **Apellidos** [] **Nombres** []
Hist. Clínica: [] DNI: [] Teléfono: []
Dirección: Distrito: Provincia:

3. Tipo de Muestra: Espudo [] Otra [] Especificar:
4. Antecedentes de Tratamiento: [] Antes tratado: Recaido [] Abandono Recup: [] Fracaso []

5. Para Diagnóstico: S.R. [] Seg. Diagnóst. [] Rx Anormal [] Otros []

6. Control de Tratamiento: Mes [] Esq. TB sensible [] Esq. MDR [] Esq. XDR [] Otros []

7. Ex. Solicitado: Baciloscopia 1er. M. [] 2da. M. [] Otras (especificar N°) []
Prueba de sensibilidad: Rápida: [] Especificar: Convencional [] Especificar:

8. Fecha de observación de la muestra: 9. Calidad de la muestra: Adecuada: [] Inadecuada: []
..... Datos del Solicitante

10. Observaciones:

11. RESULTADOS:

(PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO)

Fecha	Procedimiento	N° de Registro de Laboratorio	Aspecto Macroscópico	Aspecto Resultados (solo anotar en la casilla correspondiente)		
				NEGATIVO Anotar (-)	N° BAAR/Colonias	POSITIVO (Anotar: +, ++, +++ con color rojo) /
	Baciloscopia					
	Cultivo					

12. Apellidos y Nombres del Laboratorio: 13. Fecha de Entrega:

14. Observaciones:

05

TARJETA DE CONTROL DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA

Fecha de registro:

Región de salud: _____ Red de salud: _____

Microrred: _____ Establecimiento de salud: _____

Médico tratante: _____ Historia Clínica: _____

Apellidos: _____ Nombres: _____

Sexo: M F Peso Inicial (kg): _____ Talla (cm): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ DNI:

Dirección: _____

Teléfono/celular: _____ Correo-e: _____

Distrito: _____

Provincia: _____

Departamento/Región: _____

Localización: Pulmonar Extrapulmonar Si es Ep, especificar localización: _____

Mujer en edad reproductiva: SI No

Método anticonceptivo Utilizado: _____

Enfermedades concomitantes: _____ (DM, Desnutrición, IRC, otras)

Factores de riesgo para abandono identificados _____

Número de esquema para TB resistente: _____

Empírico	Estandarizado	Individualizado	XDR	RAM	Otros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información acerca de VIH:

Se realizó consejería para VIH: SI No Desconoce

Se realizó prueba de VIH: SI No Desconoce

Fecha de prueba: _____ Resultado: _____

Si es VIH positivo: Inicia TARGA:

SI No fecha: _____

Inicia TPC: SI No fecha: _____

SI No fecha: _____

Tipo de resistencia: _____ (TB-MDR / Polirresistencia / TB-XDR)

Inicio tratamiento: SI No TB-DR Confirmada

Fecha de inicio: ____/____/____ Sospicha de TB-DR

Evaluación por el Comité Regional/Nacional de Evaluación de Retratamientos

Fecha	Decisión	Próxima Fecha

ESTUDIO DE CONTACTOS

N° Orden	Nombre y Apellidos	Edad	Sexo		Relacion con el caso Índice		Recibió Tpl en anterior		Al inicio del tratamiento caso índice				Control 3 meses después						
			F	M	Si	No	Si	No	Fecha	SR	Examen Médico	Rayos X	Fecha	SR	Examen Médico	Rayos X			
			Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

N° Orden	Nombre y Apellidos	Control 6 meses después				Control 9 meses después				Control 12 meses después									
		Fecha		SR	Examen Médico	Fecha		SR	Examen Médico	Fecha		SR	Examen Médico						
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No						
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

N° Orden	Nombre y Apellidos	Control 6 meses después				Control 9 meses después				Control 12 meses después									
		Fecha		SR	Examen Médico	Fecha		SR	Examen Médico	Fecha		SR	Examen Médico						
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No						
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

RESULTADOS DE BACTERIOLOGÍA

Mes N°	Baciloscopia		
	Fecha de toma +	Código Lab.	Fecha de resultado
Antes++			
0+++			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			

Mes N°	Cultivo				
	Fecha de toma +	Código Lab.	Fecha de resultado	Resultado	
Antes++					
0+++					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Resultado de prueba de sensibilidad a drogas (PSD)

Fecha de toma de muestra	Tipo de PSD	Fecha de resultado	H	H dosis altas	R	E	Z	S	Km	Am	Cp	Cfx	Cs	PAS	Otro	Otro	Otro

- Nota:
- + Todas las fechas en las tablas que indican bacilos-copias, cultivos y pruebas de sensibilidad son fechas que se tomaron las muestras.
 - ++ La fecha de cuando se presumió que el paciente fuera un caso de TB resistente y que hizo que se le tomara una muestra de esputo para frotis, cultivo y PS
 - +++ La baciloscopia y cultivo antes de la primera toma del tratamiento.

Informe de resultados de baciloscopia	
No se encuentran BAAR en 100 campos	Neg (-)
1-9 BAAR por 100 campos	Reportar el número de BAAR encontrados
10-99 BAAR por 100 campos	+
1-10 BAAR por campo	++
>-10 BAAR por campo	+++

Informe de resultados de cultivo	
No hay crecimiento	Neg (-)
Menos de 10 colonias	Reportar el número de colonias
10-100 colonias	+
Más de 100 colonias innumerables o confluyente	++

Registrar:
 R = Resistente (color rojo)
 S = Sensible
 C = Contaminado
 ND = No Desarrollo
 P = Pendiente

ANEXO N° 4: TARJETA DE CONTROL DE TRATAMIENTO CON ESQUEMA PARA TB SENSIBLE

Institución:	DIRIS/DIRESA/GERESA:	Código SIGTB:
RIS/Red de Salud:	Microrred de Salud:	Tipo de seguro:
E.S.:		N° historia clínica:

Datos de la persona afectada por tuberculosis			
Apellidos			Sexo:
Nombres:			Edad:
Tipo de doc. de identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Carnet de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro		N° de documento:	
Lugar de residencia			
Dirección:			
Departamento:		Provincia:	
Distrito:		Pertenencia étnica:	

Fecha de diagnóstico	Esquema de tratamiento	Transferencia recibida
	(Especificar en siglas)	(Indicar fecha)

Situación inicial	
<input type="checkbox"/> Inició tratamiento <input type="checkbox"/> Pérdida en el seguimiento (sin iniciar tratamiento)	<input type="checkbox"/> Fallecido (sin iniciar tratamiento) Especificar <input type="checkbox"/> En espera de tto <input type="checkbox"/> Sin diagnóstico definido Fecha de fallecimiento: <input style="width: 100px;" type="text"/> Causa de fallecimiento: <input style="width: 100px;" type="text"/> Lugar de fallecimiento: Domicilio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>

Localización de la TB: <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Extrapulmonar <i>Especificar</i> _____ TB miliar Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Confirmación histopatológica</i> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
---	--

Condición de ingreso: <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Pérdida en el seguimiento recuperado <input type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Fracaso <i>Especificar causa</i> _____	Batería de análisis: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> No realizada <input type="checkbox"/> Parcial
---	--

TAMIZAJE DE VIH	Fecha	Resultado	TAMIZAJE DE DM	Fecha	Resultado
Consejería pre test VIH.			Prueba de glicemia en ayunas.		
Prueba de VIH			Prueba de hemoglobina glicosilada		
DIAGNÓSTICO DE TB-VIH			DIAGNÓSTICO DE TB-DM		
Dx. VIH previo a TB.			Dx. DM previo a TB.		
Dx. VIH durante tto TB.			Dx. DM durante tto TB.		
CD4 (último resultado)					
Inicio de TPC					
Inicio de TAR					

Referido al E.S. por:

<input type="checkbox"/>	ACS
<input type="checkbox"/>	OSC
<input type="checkbox"/>	E.S. privado

