

**CUESTIONARIO 1.A**

 Id del 

--	--	--	--	--	--

 encuestado:

Fecha y hora de la encuesta: (día/mes/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; (Hora) \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min.

Nombre y apellido del encuestador: \_\_\_\_\_

El siguiente cuestionario se realizará a las personas que hayan manifestado tener tos y expectoración durante los últimos 15 días, o más, registrados inicialmente en la Ficha de Seguimiento de Búsqueda Activa de SR.

Datos personales y sociodemográficos			
1. Nombre y Apellido completo _____			
2. Fecha de nacimiento (día/mes/año) ____/____/____		3. DNI: _____	
4. Sexo	M	1	5. Edad: _____ años
	F	2	
6. Lugar de Residencia			
6.1 Provincia _____			
6.2 Departamento _____			
6.3 Localidad _____			
6.4 Dirección Calle _____ N° _____ Barrio: _____			
7. Número de Teléfono: Celular: _____ Fijo: _____			
8. La vivienda en donde habita actualmente es:	Casa		1
	Departamento		2
	Casilla		3
	Pieza en casa de inquilinato		4
	Pieza de hotel o pensión		5
	Otras (rancho, vivienda en lugar de trabajo, etc.)		6
9. ¿Cuántas personas viven con Ud., en la misma vivienda (sin contarse Ud.)?		_____ convivientes	
10. ¿Cuál fue el último grado/nivel de enseñanza que Ud. inició y completó?	Nivel		Inició
	Primaria		1
	Secundaria		2
	Terciaria		3
	Universitaria o superior		4
	Ninguno/ Nunca asistió		5
No sabe/ No contesta		99	
11. Hasta la semana pasada Ud. fue:	Trabajador/a asalariado/a		1
	Trabajador/a no asalariado/a		2
	Desocupado/a		3
	Ama de casa		4
	Jubilado/ pensionado		5
	Estudiante		6
	Otro (especificar) _____		7
	No sabe/ No contesta		8
12. ¿Qué tipo de cobertura de salud tiene?	Público		1
	Seguro Privado		2
	Obra social		3
	Otros		4
	No sabe/ No contesta		5

13. ¿Dónde busca atención médica habitualmente?	Sector Público	1	
	Sector Privado	2	
	No sabe/ No contesta	3	
<b>Síntomas</b>			
14. ¿Ha tenido Ud. alguno de estos síntomas los últimos días?*	Fiebre	1	
	Sudoración nocturna	2	
	Debilidad muscular, cansancio o decaimiento	3	
	Pérdida de peso o apetito	4	
	Dolor torácico	5	
	Dificultad para respirar	6	
	Expectoración con sangre (Hemoptisis)	7	
	Otros (especificar) _____	8	
Ninguno	9		
14.1 Si la es "Sí": ¿Hace cuánto tiempo tiene esos síntomas?	_____ días; _____ meses; _____ años		
<b>* Sospecha de TB pulmonar cuando se presenta alguno de los siguientes síntomas: {1 + 2 + 3 + 4} o {7 con o sin 5 y 6}</b>			
<b>Antecedentes de TBC</b>			
15. ¿Alguna vez algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tiene Tuberculosis?	Sí	1	
	No	2	
16. ¿Alguna vez realizó tratamiento contra la Tuberculosis?	Sí	1	
	No	2	
17. ¿Tiene Ud. aplicada la vacuna BCG? (comprobable también por cicatriz)	Sí	1	
	No	2	
	No sabe/ No contesta	3	
18. ¿Tiene algún familiar, conocido o contacto con Tuberculosis?*	Sí	1	
	No	2	
19. Si la respuesta es "Sí": *	19.1.1 ¿Esta persona: duerme bajo el mismo techo que Ud. o tiene un contacto diario con Ud. igual o mayor de 6 horas?	Sí → Cto. Íntimo	1
		No: 16.1.2	2
	19.1.2 ¿Esta persona: tiene un contacto diario con Ud. menor de 6 horas?	Sí → Cto. Frec.	1
		No → 16.1.3	2
	19.1.3 ¿Esta persona: tiene contacto con Ud. no en forma diaria o esporádica?	Sí → Cto. Oc.	1
		No	2
<b>* Sospecha de TB cuando se responda "Sí" a la pregunta 19.1.1 o 19.1.2</b>			
<b>Factores de Riesgo</b>			
20. ¿Tiene Ud. alguna de las siguientes condiciones?	Trabajador de la salud	1	
	Tabaquismo	2	
	Diabetes	3	
	Embarazo	4	
	Insuficiencia renal	5	
	Desnutrición	6	
	Otros (especificar) _____	7	

**Observaciones:**

---



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN  
PARA LA SALUD

