

CUESTIONARIO 1.B

Parte B.I: Información del paciente a obtener del Cuestionario 1.A, ficha médica tras el diagnóstico de TB, o tarjeta de tratamiento en caso que ya se haya generado. Sección a completar sólo por el encuestador, antes de realizar la encuesta al paciente.

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

Nombre y apellido del encuestador: _____

Datos de efectores y personales del paciente		
1. Nombre del efector de diagnóstico	_____	
	TE: _____	
2. Localización del efector de diagnóstico	_____	
2.1 Provincia	_____	
2.2 Departamento	_____	
2.3 Localidad	_____	
2.4 Dirección Calle	Nº _____	Barrio: _____
3. Dependencia del efector de diagnóstico	Municipal	1
	Provincial	2
4. Fecha de la primera prueba de diagnóstico de TBC	(Día/mes/año) ____/____/____ No realizada/Desconocida ____	
5. Fecha del diagnóstico	(Día/mes/año) ____/____/____	
6. Nombre del efector de notificación	_____	
	TE: _____	
7. Fecha de notificación	(Día/mes/año) ____/____/____	
8. Nombre y Apellido del paciente	_____	
9. Id Encuestado (del Cuestionario 1.A)	____ ____ ____ ____ ____ ____	
10. Sexo	M	1
	F	2
11. Edad del paciente: _____ años		
Datos sobre el diagnóstico		
12. Tipo de Tuberculosis diagnosticada	Pulmonar, bacteriológicamente confirmada	1
	Pulmonar, no confirmada bacteriológicamente	2
	Extra pulmonar	3
15. Examen Directo (baciloscopia)	Positivo	1
	Positivo (+)	2
	Positivo (++)	3
	Positivo (+++)	4
	Negativo	5
16. Cultivo	Positivo	1
	Negativo	2
17. Radiografía	Unilateral sin caverna	1
	Unilateral con caverna	2
	Bilateral sin caverna	3
	Bilateral con caverna	4
	Primoinfección	5
	Pleuresía	6

	Miliar	7
	Sin Lesiones	8
	Sin información/ No realizada	9
18. TB MDR	Sí	1
	No	2
	Desconocido hasta la fecha	3
19. Tipo de paciente	Nuevo	1
	Con antecedente de tratamiento	2
20. Estado HIV	Positivo	1
	Negativo	2
	No realizado	3
	Desconocido	4
21. Fecha de inicio del tratamiento	(Día/mes/año) ___/___/___	
22. Nombre del efector donde realizará tratamiento	TE: _____	

Parte B.II: Información del paciente a obtener directamente de la encuesta personal con el mismo, luego de un diagnóstico confirmatorio de TB activa.

Datos sobre costos directos e indirectos del paciente y/o cuidador, hasta el diagnóstico		
23. ¿Cuántas veces ha viajado al servicio de salud desde que le tomaron la primera muestra de esputo?	Cantidad de viajes: _____ (ida y vuelta) *Si el paciente viajó en transporte público, cada línea de colectivo que se haya tomado para llegar al servicio de salud (ida) y a su domicilio (vuelta) cuenta como 1 viaje distinto (Ejemplo.: 2 líneas de ida + 2 líneas de vuelta = 4 viajes en total).	
24. ¿Cuáles fueron los motivos por los que ha viajado al servicio de salud desde que le tomaron la primera muestra de esputo?	Para llevar otra muestra de esputo	1
	Para realizar una Radiografía de tórax	2
	Para recibir el diagnóstico	3
	Para realizar alguna consulta al respecto	4
	¿Otro motivo? ¿Cuál? _____	5
25. ¿Perdió Ud. horas de trabajo por recurrir al servicio de salud?	Sí	1
	No	2
25.1 Si la respuesta es 'Sí', ¿cuántas horas totales de trabajo perdió en todos los viajes al servicio de salud?	_____ horas	
26. ¿Viajó acompañado cuando fue al servicio de salud?	Sí	1
	No	2
26.1 Si la respuesta es 'Sí', ¿cuántas veces fue acompañado (ida y vuelta) al servicio de salud?	_____ veces	
26.2 ¿Perdió su acompañante horas de trabajo por recurrir con Ud. al servicio de salud?	Sí	1
	No	2
27. ¿Tuvo algún otro gasto Ud. (y/o su acompañante) durante el viaje al servicio de salud, además del gasto de pasaje/combustible?	Sí	1
	No	2
27.1 Si la respuesta es 'Sí', ¿cuál fue el motivo del gasto extra?	_____	
27.2 ¿Cuál fue el monto en dinero del gasto extra?	_____ \$	
28. ¿Algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le cobró	Sí	1

algún monto de dinero antes, durante o después de la consulta?	No	2
28.1 ¿Cuál fue el motivo del cobro?	_____	
28.2 ¿cuál fue el monto en dinero de dicho cobro?	_____ \$	
29. Antes de que se le tomara la primera muestra de esputo, ¿ha consultado Ud. algún servicio de salud por tener tos, expectoración, fiebre, sudoración nocturna, debilidad muscular, pérdida de peso, dolor torácico y/o dificultad para respirar?	Sí	1
	No	2
29.1 Si la respuesta es 'Sí', ¿cuántas consultas por alguna de esas causas ha realizado?	_____ consultas	
29.2 ¿Recuerda qué respuesta le dio el médico o profesional de la salud, en el servicio de salud, durante esa/s consulta/s?	_____ _____ _____ _____	