

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA SOBRE LA CRIPTOCOCOSIS EN COLOMBIA**Datos del paciente**Nombre y apellido (iniciales) _____ Sexo M F

Año de nacimiento _____ N° documento de identidad _____

Departamento de nacimiento _____ Departamento de residencia _____ Teléfono _____

Factores de riesgo (marque con una X la opción que corresponda) (cuando la respuesta es SI, por favor complete la información)		Si	No	No dato
1. Infección por VIH	Número de células CD4+/mL _____			
2. Uso de corticosteroides				
3. Enfermedad autoinmune	¿Cuál? _____			
4. Trasplante	Órgano trasplantado _____			
5. Tumor sólido	Tipo de tumor _____			
6. Malignidad hematológica	Tipo de malignidad _____			
7. Diabetes mellitus				
8. Cirrosis hepática				
9. Falla renal crónica				
10. Sarcoidosis				
11. Otro factor	¿Cuál? _____			
12. Sin factor de riesgo aparente				
¿Fue la criptococosis la enfermedad que definió el sida?				

Diagnóstico de criptococosisFecha _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Caso nuevo Recaída

Prueba diagnóstica (si se realizó la prueba, marque con una X el resultado, si no, marque no realizada) (cuando la respuesta es SI, por favor complete la información)		Positiva	Negativa	No realizada
1. Tinta china en el LCR				
2. Antígeno capsular en el LCR	Título _____			
3. Antígeno capsular en suero	Título _____			
4. Cultivo para <i>Cryptococcus neoformans</i>	¿De qué muestra?			
	LCR			
	Sangre			
	Lavado broncoalveolar			
	Orina			
	Piel			
	Otro (especificar)			
5. Estudio histopatológico	¿De cuál órgano o tejido? _____			

Imágenes diagnósticas (marque con una X la opción que corresponda)		Normal	Anormal	No dato
Radiografía del tórax				
¿Resultado anormal?	Infiltrados alveolares			
	Cavitaciones			
	Derrame pleural			
	Calcificaciones			
	Masa pulmonar			
	Otra (especificar)			

Imágenes cerebrales diagnósticas (marque con una X la opción que corresponda)	Si	No	No dato
1. TAC de cráneo			
2. Resonancia magnética (RM) de cerebro			

Resultados de los estudios de imágenes cerebrales (marque con una X la opción que corresponda)						
Anormalidad	TAC	RM		Anormalidad	TAC	RM
1. Masa cerebral				4. Infarto		
2. Cerebritis				5. Atrofia cerebral		
3. Hidrocefalia				6. Dilatación de los espacios de Virchow-Robin		
Otra (especificar):						

Manifestaciones clínicas (marque con una X la opción que corresponda)	Si	No	No dato
1. Cefalea			
2. Náuseas o vómito			
3. Fiebre (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$)			
4. Confusión o cambios mentales			
5. Tos (de 3 ó más días de evolución, con o sin expectoración)			
6. Pérdida de visión			
7. Visión doble			
8. Signos neurológicos focales (especificar):			
a. Rigidez nuchal y signos meníngeos (Kernig y Brudzinski)			
b. Hidrocefalia comunicante			
c. Hidrocefalia obstructiva			
d. Hipertensión intra-cranéana sin hidrocefalia			
Valor de la presión de apertura del LCR en mm: <input type="text"/>			
e. Convulsiones			
f. Pérdida de peso			
g. Otras (especificar)			

Clasificación de la criptococosis (marque con una X la opción que corresponda)			
B45.0 - J99.8 Criptococosis pulmonar		B45.7 Criptococosis diseminada o generalizada	
B45.1 - G05.2-G02.1. Criptococosis cerebral, meningitis, meningocerebral		B45.8 Criptococosis especificada NCOP	
B45.2 - L99.8. Criptococosis cutánea o de la piel		B45.9 Criptococosis (infección)	
B45.3 - M90.2. Criptococosis de hueso u ósea			

Tratamiento para la criptococosis									
	Medicamentos			Dosis/ día			Tiempo		
Inicial	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.
Mantenimiento	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.
Profilaxis 2°	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.

Resultado de la terapia (egreso) (marque con una X la opción que corresponda)

Exito (vivo)
 Falla Recaída Tiempo de recaída
 Muerte Tiempo de muerte (tiempo de muerte luego del diagnóstico).
 No dato

Otras terapias

Anti-TB Antiretroviral Esteroides Otra (¿cuál?)

Profesional responsable de la información

Nombre Dirección

Teléfono FAX E-mail

Fecha de envío

Nota: favor enviar este formulario por correo electrónico a: Patricia Escandón pescandon@ins.gov.co y p_escand@yahoo.com y el aislamiento (especificar de donde se recuperó) al laboratorio de Micología del Instituto Nacional de Salud, Avenida calle 26 #51-60, Bogotá, Colombia. Teléfono (1) 220 77 00 Ext 1421. **La información recolectada en esta encuesta tendrá un manejo de forma anónima y confidencial.**