ANEXO 6 TARJETA DE CONTROL DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE PRIMERA LÍNEA

Dirección de Salud: ..... Red de Salud: ..... Microred: .....

Establecimiento de Salud: ..... Médico tratante: ..... N° Historia Clínica: .....

Apellidos: ..... Nombres: .....

Sexo: M ☐ F ☐ Edad: ..... Peso: .....kg. Talla:.....mts. Fecha Nacimiento: ..... DNI: .....

Teléfono: ..... Dirección: .....

Distrito: ..... Provincia: ..... Departamento/Región: .....

Fecha de registro: ..... N° de caso: .....

LOCALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD (marque una casilla)

Pulmonar ☐ Extrapulmonar ☐

.....
(especifique localización)

CONDICIÓN DE INGRESO (marque una casilla)

Nuevo ☐ Abandono recuperado ☐ Recaída ☐ Fracaso ☐

Transferencia recibida ☐

Otra: .....
(especifique)

Fecha de inicio de tratamiento: ..... Fecha esperada de fin de tratamiento: .....

SE REALIZÓ CONSEJERÍA PARA VIH:

SI ☐ NO ☐

TB-VIH		
	FECHA	RESULTADO*
Prueba de VIH		
CD4		
Inicio de TPC*		
Inicio de TARGA*		

DIABETES MELLITUS	
Resultado de Glicemia	
Fecha diagnóstico de DM	
Fecha inicio de tratamiento	

* Resultados de VIH: P = positivo; N = negativo; I = indeterminado; ND = no se realizó; los pacientes VIH positivos deben ser derivados al consultorio de VIH; TPC = terapia preventiva con cotrimoxazol; TARGA = tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Tiene PS rápida H y R? NO ☐ SI ☐ Método:..... Resultado: .....

I. PRIMERA FASE

Esquema de tratamiento

(especificar en siglas)

MEDICAMENTO	DOSIS MES 1	DOSIS MES 2
Rifampicina (R)		
Isoniacida (H)		
Etambutol (E)		
Pirazinamida (Z)		
Estreptomicina (S)		

MES	FECHA	RESULTADO DE BACILOSCOPÍA	RESULTADO DE CULTIVO	PESO (KG)	FECHA DE PRÓXIMA CONSULTA
0					
1					
2					
3					
4					
5					
6					

TRATAMIENTO DIARIO DIRECTAMENTE OBSERVADO

Día / Mes-año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	DOSIS MENSUALES		PESO
																																Mensual	Acumulada	

Marque con una check azul (√) el día en que los medicamentos fueron tomados bajo observación directa y con una F (color rojo) el dia en que el paciente no recibió tratamiento.

II. SEGUNDA FASE

MEDICAMENTO	DOSIS 3 MES	DOSIS 4 MES	DOSIS 5 MES	DOSIS 6 MES		
Rifampicina (R)						
Isoniacida (H)						

Frecuencia de dosis:

☐ Lunes, Miercoles y Viernes

☐ Martes, Jueves y Sábado

☐ Diario de Lunes a Sábado

TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO:

Día / Mes-año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	DOSIS MENSUALES		PESO
																																Mensual	Acumulada	

Marque con una check azul (√) el día en que los medicamentos fueron tomados bajo observación directa y con una F (color rojo) el dia en que el paciente no recibió tratamiento.

CONTROL DE CONTACTOS

N°	Apellidos y Nombres	Edad		Tipo de contacto		Relación caso	BCG	PPD	Primer control		Segundo control		Tercer control	
		M	F	Domic.	Extra	Parentesco			Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

Control de administracion semanal de la terapia preventiva con isoniacida (TPI) a contactos

Fecha de Inicio:……/……/…… Fecha de término: ……/……/……

N° orden	Edad		Peso	Dosis	SEMANAS DE TRATAMIENTO CON ISONIACIDA																							
	M	F			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

CONTROLES Y VISITAS DOMICILIARIAS

N° control	Consulta médica	Entrevista enfermería	Evaluación por servicio social	Evaluación psicología, nutrición	Visitas domiciliarias	
	(Indicar fechas)				Fecha	Motivo

RAM tratada:

SI ☐ NO ☐ Fármaco (s) causante (s): ..... Hepática: ☐ Cutanea ☐ Digestiva ☐ Renal ☐

Otras ☐ ¿Cual? ..... Suspensión del medicamento: SI ☐ NO ☐ Cambio del esquema: SI ☐ NO ☐

Observaciones: .....

.....

CONDICIÓN DE EGRESO: Fecha de egreso: .....

Curado ☐ Tratamiento completo ☐ Fracaso ☐ Fallecido ☐ Abandono ☐ .....

....

Nombre y Sello del responsable del Ingreso Nombre y Sello del responsable del Egreso

1. Anotar la fecha en que se registra el paciente TB con medicamentos de primera línea y el número de caso en el EESS.

2. Anotar el nombre de la DISA/DIRESA, Red, Microrred, EESS.

3. Anotar el nombre del médico tratante en el EESS.

4. **DATOS DE FILIACIÓN:** Escribir historia clínica, apellidos y nombres, sexo, edad, peso, talla, fecha de nacimiento, DNI, teléfono, dirección, distrito, provincia y departamento/región.

5. **LOCALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD:** Marcar con una equis (X) la localización de la TB: pulmonar o extra-pulmonar, en caso de ser extra-pulmonar, especificar la localización (ejemplo: meníngea, pleural, Mal de Putt, otros).

6. **CONDICIÓN DE INGRESO:** Marcar una casilla según corresponda o escribir otra condición.

7. **FECHA DE INICIO y FECHA ESPERADA DE FIN DE TRATAMIENTO:** Anotar el día, mes y año de inicio de tratamiento y estimar la fecha cuando el paciente debe ser dado de alta si recibe un tratamiento regular.

8. **PRIMERA FASE:** Registrar el esquema de tratamiento utilizando siglas. Anotar la dosis en el primer y segundo mes de la primera fase en miligramos por día

9. **RESULTADO DE BACILOSCOPIA, CULTIVO y PESO:** Anotar la fecha y el resultado de la baciloscopía, el cultivo y el control mensual del peso en kilogramos. Los resultados positivos de baciloscopía y cultivo se escriben en color rojo. El mes “0” indica el resultado de la muestra tomada para el diagnóstico inicial de TB.

10. **FECHA DE PROXIMA CONSULTA:** Registrar el día, mes y año de la siguiente consulta en el EESS (médico, psicología, enfermería, entre otros).

11. **TB - VIH:** Anotar la fecha y el resultado (positivo o negativo) de la prueba de VIH. En casos de coinfección TB-VIH anotar fecha y resultado del conteo de linfocitos T CD4 y la fecha de inicio de terapia preventiva con cotrimoxazol (TPC) y TARGA.

12. **DIABETES MELLITUS:** Registrar el resultado de la glicemia en ayunas. En casos con diagnóstico de DM y TB anotar la fecha de diagnóstico y de inicio de tratamiento de la DM.

13. **PACIENTE TIENE PRUEBA DE SENSIBILIDAD RÁPIDA H y R:** Anotar si el paciente tiene PSR, método de prueba rápida y resultado.

14. **TRATAMIENTO DIARIO DIRECTAMENTE OBSERVADO:** Cada fila representa un mes calendario. Anotar en la primera columna el mes y año correspondiente, ubicar la fecha del mes cuando inicia el tratamiento y proceder a llenar cada casillero con un check (√) con color azul cuando la dosis ha sido administrada y un F con lapicero rojo cuando la dosis del día no ha sido administrada. Los días domingos quedan en blanco. Al culminar el mes, anotar el número de dosis recibidas del mes y el acumulado desde el inicio de tratamiento en las columnas correspondientes, anotar también el peso en Kg. El paciente debe completar 50 dosis para pasar a segunda fase.

15. **SEGUNDA FASE:** Anotar la dosis por día de isoniacida, rifampicina u otro medicamento usado en segunda fase en los meses 3, 4, 5 y 6. Marcar el ciclo de esquema de tratamiento según administración intermitente o diario.

16. **TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO:** Cada fila representa un mes calendario. Anotar en la primera columna el mes y año correspondiente, ubicar la fecha del mes cuando inicia la segunda fase y proceder a llenar cada casillero con un check (√) con color azul cuando la dosis ha sido administrada y un F con lapicero rojo cuando la dosis del día no ha sido administrada. Al culminar el mes, anotar el número de dosis recibidas del mes y el acumulado desde el inicio de la segunda fase en las columnas correspondientes anotar también el peso en Kg. La duración de la segunda fase es prescrita por el médico.

17. **CONTROL DE CONTACTOS:** Registrar los datos del contacto (personas que conviven con el paciente): nombre, edad, sexo y parentesco con el caso.

    Anotar si tiene cicatriz de BCG y lectura de PPD en mm. Anotar los resultados de baciloscopía y la fecha y resultados del segundo y tercer control.

18. **CONTROL SEMANAL DE TPI A CONTACTOS:** Anotar el N° de orden de los contactos en TPI, su edad, sexo, peso en Kg, dosis de isoniacida y marcar con un check (√) la semana que se entrega isoniacida. Anotar fecha de inicio y término de la TPI.

19. **CONTROLES Y VISITAS DOMICILIARIAS:** Anotar las fechas programadas para los controles médicos, entrevista de enfermería, evaluación social, evaluación psicológica y nutricional; así como las fechas de las visitas domiciliarias. Anotar también el motivo de las visitas programadas.

20. **REACCION A MEDICAMENTOS (RAM):** Anotar Si el paciente desarrolló RAM y el fármaco causante. Anotar el tipo de RAM, si se procedió a la suspensión del medicamento, cambio de esquema.

21. **OBSERVACIONES:** Anotar observaciones importantes no contempladas en el resto del formato.

22. **CONDICIÓN DE EGRESO:** Marcar con una equis (X), sólo uno, en el casillero correspondiente la condición de egreso del paciente: Curado, tratamiento completo, fallecido, fracaso y abandono. Colocar fecha de egreso.

Nota: La tarjeta de tratamiento debe contener: Firma y sello del responsable al inicio de la terapia y firma y sello del responsable del egreso.