

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

 NOMBRE EDAD SEXO M F

N° Ficha Clínica Cédula de identidad o DNI:.....

DOMICILIO	LUGAR DE ORIGEN	LUGAR DE DESTINO
Nombre de calle y N°		
Comuna o Distrito, Departamento, Municipio		
N° de teléfono		
País		
A quién recurrir en caso de emergencia (nombre y teléfono)		

PUEBLO INDÍGENA DECLARADO: IDIOMA QUE HABLA:.....

2. ANTECEDENTES DIAGNOSTICO EPISODIO ACTUAL DE TBC

DIAGNÓSTICO DE TB: PULMONAR () EXTRAPULMONAR () ORGANO: CONFIRMACIÓN: DIRECTO (+) CULTIVO (+) BIOPSIA SEROLOGIA SIN /CONF.BACTERIOLOGICA TIPO DE MUESTRA PRUEBA DE SENSIBILIDAD: SI () Fecha: NO () RESULTADO: ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO: CASO NUEVO RECAIDA ABANDONO RECUPERADO FECHA DEL DIAGNOSTICO NOTIFICACIÓN: SI () FECHA: NO ()

3. ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN USO AL MOMENTO DEL TRASLADO

ESQUEMA DE TRATAMIENTO	
FECHA INICIO DE TRATAMIENTO	
PERIODICIDAD DEL TRATAMIENTO	
FARMACOS ADMINISTRADOS (NOMBRE Y DOSIFICACIÓN)	
N° DOSIS ADMINISTRADAS	

4. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM): SI () NO ()

ESPECIFICAR RAM:

ESPECIFICAR FARMACO:

5.-PATOLOGIAS ASOCIADAS

HEPATITIS ALCOHOLISMO DIABETES TABAQUISMO SILICOSIS INSUFICIENCIA RENAL COINFECCIÓN RETROVIRAL OTRAS

6.-DOCUMENTOS ADJUNTOS:

RADIOGRAFÍA	TARJETA DE TRATAMIENTO
INFORME BIOPSIA	
RESULTADO ESTUDIO DE SENSIBILIDAD	
EPICRISIS.....	
OTROS (SEÑALAR)	

7.- ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO:

	LUGAR DE ORIGEN	LUGAR DE DESTINO
TELÉFONO		
FAX		
CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN		

8.-IDENTIFICACION DE LA PERSONA QUE TRASLADA

NOMBRE:

CARGO:

CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO:

OBSERVACIONES:

.....

.....

FECHA DEL TRASLADO:

FIRMA DEL PROFESIONAL:

UNA COPIA DEL FORMULARIO (Y COPIA DE LA TARJETA DE TRATAMIENTO) DEBE SER ENTREGADA AL PACIENTE.
• ENVIAR EL ORIGINAL POR VÍA OFICIAL
• ENVIAR ACUSE DE RECIBO.

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Nombres y Apellidos

Edad: Años cumplidos

Nº de Ficha Clínica: del establecimiento de origen

Cédula de Identidad: Corresponde al documento de identidad del enfermo en su respectivo país, en el caso de Perú el número de DNI.

Domicilio: Según corresponda

Nombre Calle y Nº: Corresponde al lugar donde vive el enfermo

Comuna, Distrito, Departamento, Municipio: Corresponde al lugar donde se encuentra ubicada la calle donde vive el enfermo

Nº de Teléfono: Autoexplicativo

País: Autoexplicativo

Lugar de Origen: Corresponde a los datos del lugar donde el enfermo está efectuando el tratamiento

Lugar de Destino: Corresponde al lugar donde se trasladara el enfermo para continuar su tratamiento

Pueblo Indígena declarado e idioma que habla:

2. ANTECEDENTES DIAGNÓSTICO EPISODIO ACTUAL DE TBC.

Diagnóstico: Registrar tipo de diagnóstico que corresponde, en los casos extra-pulmonar registrar el órgano afectado

Confirmación: Registrar método de confirmación

Prueba de sensibilidad: Registrar fecha del informe y resultado de la prueba de sensibilidad

Antecedente de tratamiento: Auto-explicativo

Fecha del diagnóstico: Fecha en que se hizo el diagnóstico de la enfermedad

Fecha notificación: Fecha en que se llena el formulario por parte del profesional médico

3. ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN USO AL MOMENTO DEL TRASLADO.

Esquema de tratamiento: Escribir el nombre del esquema de tratamiento que está recibiendo el enfermo al momento del traslado (esquema primario, esquema de recaída etc.).

Fecha Inicio de Tratamiento: Fecha en que el enfermo empezó a recibir sus medicamentos.

Periodicidad del tratamiento: Identificar si la administración del tratamiento es diaria, bisemanal o trisemanal.

Fármacos administrados: Medicamentos incluidos en el esquema que está recibiendo el enfermo y su dosificación.

Nº dosis administradas: Número de dosis efectivamente recibidas por el enfermo.

4. REACCIONES ADVERSAS AL MEDICAMENTO (RAM)

Especificar RAM: Identificar tipo de reacción que presentó el enfermo

Especificar Fármaco: Identificar el fármaco al cual se le atribuye la RAM.

5. PATOLOGÍAS ASOCIADAS: Marcar con una cruz si el enfermo tiene además otra patología: hepatitis, alcoholismo, diabetes, tabaquismo, silicosis, co-infección retroviral (VIH +) u otros (en este caso especificar).

6. DOCUMENTOS ADJUNTOS: Identificar con una cruz los documentos que lleva el enfermo al momento del traslado.

7. ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO

Establecimiento de Origen: Escribir teléfono fax, correo electrónico y domicilio del lugar donde el enfermo está recibiendo el tratamiento.

Establecimiento de Destino: Lugar donde se traslada para continuar su tratamiento

8. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE TRASLADA: Esta información corresponde al profesional de la salud del establecimiento que está realizando el traslado.