

**ANEXO N° 7: FORMATO DE TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE LA
PERSONA AFECTADA EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS

NOMBRE

EDAD: SEXO: 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)		

2. PUEBLO INDÍGENA DECLARADO:

3. IDIOMA QUE HABLA:

4. ANTECEDENTES DIAGNÓSTICOS DEL EPISODIO ACTUAL DE TB

DIAGNÓSTICO DE TB: PULMONAR () EXTRAPULMONAR () ÓRGANO:
CONFIRMACIÓN: DIRECTO (+)..... CULTIVO (+)..... BIOPSIA..... SEROLOGÍA..... SIN/CONF. BACTERIOLÓGICA
TIPO DE MUESTRA
PRUEBA DE SENSIBILIDAD: SI () FECHA: NO () RESULTADO:
ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO: CASO NUEVO RECAÍDA..... ABANDONO RECUPERADO.....
FECHA DEL DIAGNÓSTICO
NOTIFICACIÓN: SI () FECHA: NO ()

5. ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN USO AL MOMENTO DEL TRASLADO

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

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

ESPECIFICAR RAM:

ESPECIFICAR FÁRMACO:

7. PATOLOGÍAS ASOCIADAS

HEPATITIS..... ALCOHOLISMO..... DIABETES.....
TABAQUISMO..... SILICOSIS..... INSUFICIENCIA RENAL..... COINFECCIÓN RETROVIRAL.....
OTRAS

8. DOCUMENTOS ADJUNTOS:

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

9. ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO:

	ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN	ESTABLECIMIENTO DE DESTINO
TELÉFONO		
FAX		
CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN		

10. IDENTIFICACIÓN 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) SE ENTREGA A LA PERSONA AFECTADA.

- ENVIAR EL ORIGINAL POR VÍA OFICIAL
- ENVIAR ACUSE DE RECIBO.

INSTRUCTIVO ANEXO N° 7: FORMATO DE TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE LA PERSONA AFECTADA EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS

Nombre: Nombres y apellidos.

Edad: Años cumplidos.

N° de ficha clínica del establecimiento de origen.

RUT o DNI: Corresponde a la cédula de identificación de la persona afectada.

Domicilio: Según corresponda.

Nombre de calle y N°: Corresponde al lugar donde vive la persona afectada.

Comuna, distrito, departamento, municipio: Corresponde al lugar donde se encuentra ubicada la calle donde vive la persona afectada.

N° de teléfono: Autoexplicativo. País: Autoexplicativo.

Lugar de origen: Corresponde a los datos del lugar donde la persona afectada está efectuando el tratamiento.

Lugar de destino: Corresponde al lugar donde se traslada a la persona afectada para continuar su tratamiento.

Pueblo indígena declarado y lengua que habla.

2. ANTECEDENTES DIAGNÓSTICOS DEL EPISODIO ACTUAL DETB.

Diagnóstico: Registrar tipo de diagnóstico que corresponde, en los casos extrapulmonares 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: Autoexplicativo.

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.

Medicamentos administrados: Medicamentos incluidos en el esquema que está recibiendo la persona afectada y su dosificación.

N° dosis administradas: Número de dosis efectivamente recibidas por la persona afectada.

4. REACCIONES ADVERSAS AL MEDICAMENTO (RAM)

Especificar RAM: Identificar tipo de reacción que presentó la persona afectada.

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

5. PATOLOGÍAS ASOCIADAS: Marcar con una cruz si la persona afectada tiene además otra patología: hepatitis, alcoholismo, diabetes, tabaquismo, silicosis, coinfección retroviral (VIH +) u otros (en este caso especificar).

6. DOCUMENTOS ADJUNTOS: Identificar con una cruz los documentos que lleva la persona afectada al momento del traslado.

7. ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO

Establecimiento de origen: Escribir teléfono fax, correo electrónico y domicilio del lugar donde la persona afectada 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.