

REGIÓN DE SALUD:

INSTALACIÓN DE SALUD:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Nombre:		
N° de identificación:	Tipo de documento:	
	1. Cédula <input type="checkbox"/>	2. Pasaporte <input type="checkbox"/> 3. Otro <input type="checkbox"/>
Edad (años, mes):	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ocupación:
Lugar donde trabaja o estudia:		
Domicilio (Provincia/Distrito/Corregimiento/Barrio/Calle/Casa o Edificio/Número):		
Teléfono de domicilio:	Teléfono de oficina:	Número de celular:
Privado de libertad: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Nombre del penal: _____		
Personas de Referencia		
Nombre	Teléfono	Parentesco
1.		
2.		
3.		
4.		

EVALUACIÓN DEL PACIENTE			
Peso inicial (kg)	Fecha de Inicio de Tx ITBL	Fecha de Finalización	Peso final (kg)
Medicamento(s) utilizado(s):			
Se descartó TB activa mediante:			
1. Exclusión de síntomas presuntivos de TB			<input type="checkbox"/>
2. Radiografía de Tórax			<input type="checkbox"/>
3. Prueba cutánea de la tuberculina (PPD) Fecha: DD MM AAA Resultado: _____			<input type="checkbox"/>
4. Prueba de liberación de interferón gamma (IGRA) Fecha: DD MM AAA Resultado: _____			<input type="checkbox"/>
5. Otros (explique): _____			<input type="checkbox"/>
Criterio para inicio de profilaxis y/o factor de riesgo:			
1. Menor de 5 años contacto de TB BK+			<input type="checkbox"/>
2. Persona VIH +			<input type="checkbox"/>
3. Enfermos de silicosis			<input type="checkbox"/>
4. Enfermos renales crónicos			<input type="checkbox"/>
5. Otros eventos inmunosupresores			<input type="checkbox"/>
En caso de ser paciente VIH especificar <i>Clínica de Tratamiento Antirretroviral</i> _____			

CONTROL DE LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO PREVENTIVO																			
Mes	Días															Citas	Asistió		Síntomas/CV-CD4
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16	Sí	
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
	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				
	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				
	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				
	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				

TARJETA DE REGISTRO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (ITBL)

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS				
Sospecha de Reacción (es) Adversa (s)	Fecha de Reacción (es) Adversa (s)	Medicamento(s) que se sospecha generó la(s) reacción(es) adversa(s)	Manifestación(es) Clínica(s)	Hospitalización/ Nombre de la Institución
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	DD MM AAA			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	DD MM AAA			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Notificación al Sistema de Farmacovigilancia*: Sí <input type="checkbox"/> Fecha: DD MM AAA No <input type="checkbox"/> ¿Por qué? _____ Nombre del notificador: _____ Profesión: _____ <b>OBSERVACIONES:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____				

\*Llenado del Formulario de Sospechas de Reacciones Adversas del MINSA

VISITAS DE SEGUIMIENTO			
Especificar Motivo Inasistencia / Pérdida de seguimiento	Fecha de la visita (Día / mes / año)	OBSERVACIONES Razones / Medida(s) tomada(s)	Firma y Cargo de la persona que realiza la visita
	DD MM AAA		

Persona responsable en la entrega de la Isoniacida y/u otro medicamento:

Nombre completo (Letra imprenta): \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_

SELLO:

Completó Tratamiento: Sí  Día / mes / año de finalización: DD MM AAA No