



**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS**

**TARJETA DE REGISTRO DE TRATAMIENTO DE INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (QUIMIOPROFILAXIS)**

SERVICIO DE SALUD:	ESTABLECIMIENTO:	RESPONSABLE:
--------------------	------------------	--------------

**IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE**

NOMBRE:	RUT:	EDAD:	SEXO:
DOMICILIO:	COMUNA:	FONO:	
NACIONALIDAD:	OCUPACIÓN:	PERTENECE A PUEBLO INDÍGENA: NO / SI, CUÁL:	
NOMBRE DE ADULTO RESPONSABLE (MENORES DE 18 AÑOS):			

MOTIVO DE TRATAMIENTO	
CONTACTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE CASO ÍNDICE:
	FECHA DIAGNÓSTICO:                      EDAD:
	LOCALIZACIÓN:
	CONFIRMACIÓN:                              PSD:
COINFECCIÓN RETROVIRAL <input type="checkbox"/>	
EXPOSICIÓN A SÍLICE/SILICOSIS <input type="checkbox"/>	
PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD <input type="checkbox"/>	
OTRA INMUNOSUPRESIÓN <input type="checkbox"/> CUÁL:	
OTRA CAUSA <input type="checkbox"/> CUÁL:	

ESTUDIO	FECHA	RESULTADO
PPD		
IGRA		
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX		
SÓLO SINTOMÁTICO RESPIRATORIO	PCR MTB	
	CULTIVO	

EGRESO		
FECHA DE EGRESO:		
TRATAMIENTO TERMINADO	FALLECIDO	
PÉRDIDA SEG.	TRASLADO	
SEGUIMIENTO		
FECHA:		

