



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

FORMULARIO DE TRASLADO INTERNACIONAL DE PACIENTES EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS INTERNATIONAL TRANSFER FORM FOR CASES OF TUBERCULOSIS UNDER TREATMENT FORMULAIRE DE TRANSFERT INTERNATIONAL POUR PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE SOUS TRAITEMENT

FECHA DE TRASLADO (DATE OF TRANSFER ; DATE DU TRANSFERT):

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (IDENTIFICATION OF PATIENT; IDENTIFICATION DU PATIENT)

NOMBRE COMPLETO

(FULL NAME; NOM COMPLET)

EDAD

(AGE; ÂGE)

SEXO

(SEX; SEXE)

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

(IDENTIFICATION NUMBER; NUMERO D'IDENTIFICATION)

NACIONALIDAD

(NATIONALITY; NATIONALITÉ)

IDIOMA

(LANGUAGE; LANGUE)

DOMICILIO (RESIDENCE ADDRESS; ADRESSE DE RÉSIDENCE)	LUGAR DE ORIGEN (ORIGIN PLACE ; LIEU D'ORIGINE)	LUGAR DE DESTINO (DESTINATION PLACE ; LIEU DE DESTINATION)
Calle y N° (street and number; rue et numéro)		
Comuna, Distrito, Departamento o Ciudad (Town, District, Department or city; Commune, District, Département ou Ville)		
N° de Teléfono (phone number; numéro de téléphone)		
País (Country; Pays)		
Nombre y teléfono de contacto de emergencia (name and phone of emergency contact; nom et téléphone du contact en cas d'urgence)		

ANTECEDENTES CLINICOS DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

(CLINICAL HISTORY OF TUBERCULOSIS PATIENT; ANTÉCÉDENTS CLINIQUES DU PATIENT ATTEINT)

FECHA DEL DIAGNÓSTICO (DATE OF DIAGNOSIS; DATE DU DIAGNOSTIC):

TIPO DE CASO (TYPE OF CASE; TYPE DE CAS):

NUEVO (NEW; NOUVEAU)

PREVIAMENTE TRATADO

(PREVIOUSLY TREATED; PRÉALABLEMENT TRAITÉ)

LOCALIZACIÓN (LOCALIZATION; LOCALISATION)

PULMONAR (PULMONARY; PULMONAIRE)

EXTRAPULMONAR (EXTRA PULMONARY; EXTRA PULMONAIRE)

ÓRGANO (ORGAN; ORGANE): _____

CONFIRMACIÓN

(CONFIRMATION;
CONFIRMATION)

PCR

CULTIVO

(CULTURE; CULTURE)

BK

(SMEAR; BACILOSCOPIA)

BIOPSIA

(BIOPSY; BIOPSIE)

CLÍNICA

(CLINICALLY CONFIRMED;
CONFIRMATION CLINIQUE)

TIPO DE MUESTRA

(TYPE OF SAMPLE; TYPE
D'ÉCHANTILLON)

ESPUTO

(SPUTUM; EXPECTORATIONS)

ORINA

(URINE; URINE)

TEJIDO

(TISSUE; TISSU)

OTRO

(OTHER; AUTRE):

PATOLOGÍAS ASOCIADAS (COMORBIDITIES; PATHOLOGIES ASSOCIÉES)

COINFECCIÓN RETROVIRAL (HIV CO-INFECTION; VIH CO-INFECTION)

INSUFICIENCIA HEPÁTICA (HEPATIC INSUFFICIENCY; INSUFFISANCE HÉPATIQUE)

INSUFICIENCIA RENAL (RENAL INSUFFICIENCY; INSUFFISANCE RÉNALE)

DIABETES (DIABETES; DIABÈTES)

ALCOHOLISMO (ALCOHOLISM; ALCOOLISME)

TABAQUISMO (TABAQUISM; TABAGISME)

DROGADICCIÓN (DRUG ADDICTION; ABUS DE DROGUES)

SILICOSIS (SILICOSIS; SILICOSE)

OTRAS (OTHERS; AUTRES):

PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD A MEDICAMENTOS
(DRUGS SUSCEPTIBILITY TEST; TESTS DE SUSCEPTIBILITÉ AUX MÉDICAMENTS)

FECHA (DATE; DATE):		MÉTODO (METHOD; MÉTHODE)
RESULTADO (RESULT; RÉSULTAT)	SENSIBLE (WITHOUT RESISTENCE; SANS RÉSISTANCE) <input type="checkbox"/>	
	RESISTENTE A ISONIACIDA (ISONIAZID RESISTANCE; RÉSISTANCE À L'ISONIAZID) <input type="checkbox"/>	
	RESISTENTE A RIFAMPICINA (RIFAMPIN RESISTANCE; RÉSISTANCE AU RIFAMPIN) <input type="checkbox"/>	
	OTRO (OTHER; AUTRE) <input type="checkbox"/>	

TRATAMIENTO
(TREATMENT; TRAITEMENT)

FECHA INICIO TRATAMIENTO (DATE OF BEGINNING; DATE DE DÉBUT):

ESQUEMA (REGIMEN; SHÉMA DE TRAITEMENT):

FÁRMACOS ADMINISTRADOS (DRUGS ADMINISTERED; MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS)

Fármaco (drug; médicament)	Dosificación (dosage)	Nº dosis administradas (dose administered; dose administrée)
ISONIACIDA (ISONIAZID)		
RIFAMPICINA (RIFAMPICIN)		
ETAMBUTOL (ETHAMBUTOL)		
PIRAZINAMIDA (PYRAZINAMIDE)		

REACCIONES ADVERSAS AL MEDICAMENTO (DRUG SIDE EFFECTS; EFFETS SECONDAIRES)

DOSIS DE ENLACE ENTREGADAS (DOSES GIVEN TO PATIENT FOR TRAVEL; DOSES LIVREES AU PATIENT POUR LE VOYAGE):

OBSERVACIONES (COMMENTS; OBSERVATIONS):

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (INFORMATION OF HEALTH CENTER; INFORMATION DU CENTRE DE SANTÉ)	ORIGEN (ORIGIN; ORIGINE)	DESTINO (DESTINATION)
NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD (NAME OF HEALTH; CENTER NOM DU CENTRE DE SANTÉ)		
TELÉFONO (PHONE; TÉLÉPHONE)		
CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL)		
DIRECCIÓN (ADDRESS; ADRESSE)		

IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL QUE TRASLADA

(IDENTIFICATION OF THE PROFESSIONAL WHO TRANSFERS; IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL QUI EFFECTUE L'ENVOI)

NOMBRE (NAME; NOM)	
TELÉFONO (PHONE; TÉLÉPHONE)	
CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL)	
FIRMA (SIGNATURE)	