



## PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

### FORMULARIO DE TRASLADO INTERNACIONAL DE PACIENTES EN QUIMIOPROFILAXIS POR TUBERCULOSIS INTERNATIONAL TRANSFER FORM FOR PATIENTS UNDER TUBERCULOSIS PREVENTIVE TREATMENT FORMULAIRE DE TRANSFERT INTERNATIONAL POUR PATIENTS SOUS TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA TUBERCULOSE

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)

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

#### ANTECEDENTES DEL PACIENTE EN QUIMIOPROFILAXIS

(CLINICAL HISTORY OF PATIENT UNDER PREVENTIVE TREATMENT; ANTÉCÉDENTS CLINIQUES DU PATIENT SOUS TRAITEMENT PRÉVENTIF)

**MOTIVO DE LA QUIMIOPROFILAXIS**

(CAUSE OF TREATMENT; CAUSE DU TRAITEMENT)

CONTACTO (CONTACT)  OTRO (OTHER; AUTRE)

**CONTACTOS: PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD DEL CASO ÍNDICE**

(CONTACT: DRUG SUSCEPTIBILITY OF INDEX CASE;  
CONTACTO: SENSIBILITÉ AUX MÉDICAMENTS DU CAS INDEX)

**SENSIBLE**

(WITHOUT RESISTENCE;  
SANS RÉSISTANCE)

**RESISTENTE A RIFAMPICINA**

(RIFAMPIN RESISTANCE;  
RÉSISTANCE AU RIFAMPIN)

**RESISTENTE A ISONIACIDA**

(ISONIAZID RESISTANCE;  
RÉSISTANCE À L'ISONIAZID)

**OTRO**

(OTHER; AUTRE)

**EXÁMENES (TESTS; EXAMENS)**

**RESULTADO (RESULT; RÉSULTAT)**

**FECHA (DATE)**

PPD (TUBERCULIN; TUBERCULINE)

IGRA

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (CHEST X-RAY; RADIOGRAPHIE PULMONAIRE)

BACTERIOLOGÍA (BACTERIOLOGY; BACTÉRIOLOGIE)

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

**ESQUEMA (REGIMEN; SHÉMA DE TRAITEMENT):**

**N° DE DOSIS RECIBIDAS (DOSE ADMINISTERED; DOSE ADMINISTRÉE):**

**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)**

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

<b>IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL QUE TRASLADA</b> (IDENTIFICATION OF THE PROFESSIONAL WHO TRANSFERS; IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL QUI EFFECTUE L'ENVOI)	
<b>NOMBRE</b> (NAME; NOM)	
<b>TELÉFONO</b> (PHONE; TÉLÉPHONE)	
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b> (EMAIL)	
<b>FIRMA</b> (SIGNATURE)	