



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN A COMITÉ DE TERAPÉUTICA DEL PROCET

SERVICIO DE SALUD:	ESTABLECIMIENTO:	FECHA:
--------------------	------------------	--------

El presente informe debe ser llenado por el/la médico/a tratante y enviado al Equipo Técnico de Tuberculosis (ETT) del Servicio de Salud que corresponda. El ETT debe verificar que el informe esté completo antes de enviarlo al Nivel Central del PROCET.

Estimado/a médico/a tratante: Antes de enviar el formulario, por favor asegúrese de adjuntar todos los antecedentes necesarios para la evaluación del caso. Incluya resultados bacteriológicos, pruebas de susceptibilidad e imágenes. En caso de reacciones adversas a fármacos o comorbilidades, incluya los resultados de laboratorio clínico que sean relevantes a esa condición. En caso de coinfección VIH, incluya información de la terapia antirretroviral y control de linfocitos CD4.

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE			
NOMBRE Y APELLIDOS:			RUN:
EDAD:	SEXO:	NACIONALIDAD:	OCUPACIÓN:
DOMICILIO:		COMUNA:	FONO:
PERTENECE A PUEBLO INDÍGENA: NO / SI CUÁL:			
LOCALIZACIÓN:	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRAPULMONAR <input type="checkbox"/>	ÓRGANO:
TIPO DE CASO:	NUEVO <input type="checkbox"/>	RECAIDA <input type="checkbox"/>	REINGRESO POST PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/>
			FRACASO <input type="checkbox"/>
CONFIRMACIÓN:	PCR <input type="checkbox"/>	CULTIVO <input type="checkbox"/>	BK <input type="checkbox"/>
			BIOPSIA <input type="checkbox"/>
			CLÍNICA <input type="checkbox"/>
FECHA DIAGNÓSTICO INICIAL:			
RIESGO DE PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO: ALTO (45 Y MÁS) <input type="checkbox"/>			
MEDIANO (25 A 44) <input type="checkbox"/>			
BAJO (< DE 25) <input type="checkbox"/>			

ANTECEDENTES	OBSERVACIONES
CONTACTO MDR/RR	CASO ÍNDICE:
COINFECCIÓN RETROVIRAL	AÑO DIAGNÓSTICO:
	TARV:
INSUFICIENCIA HEPÁTICA	
INSUFICIENCIA RENAL	
DIABETES	
ALCOHOLISMO	
TABAQUISMO	
DROGADICCIÓN	
SILICOSIS	
CARDIOPATÍA	
OTRO:	

PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD A FÁRMACOS	
RIFAMPICINA	
MÉTODO	
RESULTADO	
FECHA	
ISONIACIDA	
MÉTODO	
RESULTADO	
FECHA	
OTROS	

HISTORIAL DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO									
MES TTO	0	1	2	3	4	5	6	7	8
MES/AÑO	/	/	/	/	/	/	/	/	/
BK									
CULTIVO									
ESQUEMA									
PESO									
ASISTENCIA	/	/	/	/	/	/	/	/	/
REACCIÓN ADVERSA									

OTROS ANTECEDENTES RELEVANTES Y MOTIVO DE PRESENTACIÓN A COMITÉ DE TERAPÉUTICA PROCET:

NOMBRE DE MÉDICO/A RESPONSABLE DEL INFORME:

FIRMA: