



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

FORMULARIO DE TRASLADO NACIONAL DE PACIENTES EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS LATENTE (QUIMIOPROFILAXIS)

FECHA DE TRASLADO:

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE COMPLETO:

RUT:

EDAD:

SEXO:

NACIONALIDAD:

DETALLE DE TRASLADO	ORIGEN	DESTINO
SERVICIO DE SALUD		
ESTABLECIMIENTO		
DOMICILIO		
COMUNA		
REGIÓN		
TELÉFONO		

ANTECEDENTES

ESTUDIO	MOTIVO DEL ESTUDIO CONTACTO <input type="checkbox"/> PSD DEL CASO ÍNDICE: OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:	
	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX FECHA: RESULTADO:	
	PPD O IGRA FECHA: RESULTADO:	
TRATAMIENTO	FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO:	
	ESQUEMA FARMACOLÓGICO RIFAPENTINA-ISONIACIDA SEMANAL: <input type="checkbox"/> ISONIACIDA DIARIA: <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> CUÁL:	
	DOSIS DE CADA FÁRMACO	Nº DOSIS RECIBIDAS
	RIFAPENTINA _____ mg	
	ISONIACIDA _____ mg	

OBSERVACIONES

PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRASLADO:	
TELÉFONO:	
EMAIL:	
FIRMA:	

Entregar copia al paciente y enviar copia digital al Servicio de Salud de origen.
Adjuntar copia de tarjeta de registro de tratamiento y resultados de exámenes.