



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

FORMULARIO DE TRASLADO NACIONAL DE PACIENTES EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS ACTIVA

FECHA DE TRASLADO:

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE COMPLETO:

RUT:

EDAD:

SEXO:

NACIONALIDAD:

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

ANTECEDENTES

DIAGNÓSTICO	NUEVO <input type="checkbox"/> RECAÍDA <input type="checkbox"/> REINGRESO PÉRDIDA SEG. <input type="checkbox"/> REINGRESO FRACASO <input type="checkbox"/>			
	FECHA DE DIAGNÓSTICO:			
	FECHA NOTIFICACIÓN:			
	LOCALIZACIÓN	PULMONAR <input type="checkbox"/>		
		EXTRAPULMONAR <input type="checkbox"/>	ÓRGANO:	
	CONFIRMACIÓN	PCR <input type="checkbox"/>	TIPO DE MUESTRA	ESPUTO <input type="checkbox"/>
	CULTIVO <input type="checkbox"/>	ORINA <input type="checkbox"/>		
	BK <input type="checkbox"/>	TEJIDO <input type="checkbox"/>		
	BIOPSIA <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>		
	CLÍNICA <input type="checkbox"/>	CUÁL:		

PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD A MEDICAMENTOS

FECHA:	MÉTODO (LPA, MGIT, GENEXPERT, BD MAX, OTRO):		
RESULTADO	SENSIBLE <input type="checkbox"/>		
	RESISTENTE A ISONIACIDA <input type="checkbox"/>		
	RESISTENTE A RIFAMPICINA <input type="checkbox"/>		
	OTRO <input type="checkbox"/>		
	CUÁL:		

TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO RECIBIDO

FASE	INICIAL	CONTINUACIÓN
ESQUEMA		
DOSIS RECIBIDAS (N°)		
REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS:		

PATOLOGÍAS ASOCIADAS	
COINFECCIÓN RETROVIRAL	
INSUFICIENCIA HEPÁTICA	
INSUFICIENCIA RENAL	
DIABETES	
ALCOHOLISMO	
TABAQUISMO	
DROGADICCIÓN	
SILICOSIS	
OTRA:	

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.