



INFORME SEMESTRAL DE PACIENTES EN TRATAMIENTO DE LEPRO

Médico tratante: _____

Fecha: _____

Nombre	
Establecimiento	
Servicio de Salud	
Fecha de inicio del tratamiento	
Tipo de lepra	
Esquema indicado	

EVOLUCIÓN: esta información se debe completar con los últimos 6 meses de tratamiento.

	Mes:	Mes:	Mes:	Mes:	Mes:	Mes:
Asistencia a control						
Toma de tratamiento						
Reacciones adversas: SI/NO						
Descripción de reacción adversa						

Conducta adoptada						
-------------------	--	--	--	--	--	--

Indicaciones: Marque con una cruz en la columna izquierda.

	Continuar tratamiento
	Alta
<i>En caso de alta, indicar condición de egreso:</i>	
	Curado
	Fallecido. Causa:
	Abandono. Acciones tomadas:
	Suspende tratamiento. Causa:
	Otro. Describir:

Observaciones:

Firma de médico/a tratante