FORMULARIO DE SOLICITUD DE FÁRMACOS PARA PACIENTES CON LEPRA

Médico tratante: _____

Fecha de diagnóstico: _____

1.- IDENTIFICACIÓN

Nombre	
RUT o pasaporte	
Domicilio	
Comuna	
Teléfono	
Sexo	
Edad	
Nacionalidad	
Establecimiento	
Servicio de Salud	

2.- ANTECEDENTES RELEVANTES

Tiempo de evolución de las lesiones	
Probable país de contagio	
Comorbilidades	
Antecedentes de lepra en familiares	
Antecedentes personales de lepra	

3.- DIAGNÓSTICO

Tipo de lepra	
Índice bacteriológico	
Índice morfológico	
Biopsia	
Compromiso neurológico	
Discapacidades	

3.- TIPO DE CASO

	Caso Nuevo
	Recidiva
	Reingreso de abandono

4.- ESTUDIO DE CONTACTOS

Nombre del contacto	Edad	Resultado	
		Con lepra	Sin lepra

5.-TRATAMIENTO SOLICITADO

_____

Firma y timbre de médico/a tratante