

12. INFORME DE TRASLADO DE PACIENTES TBC

NOMBRE _____
 EDAD _____ FICHA _____ RUT _____ FECHA TRASLADO _____

| | | | |
|---|--|--|--|
| ORIGEN SERVICIO DE SALUD _____ ESTABLECIMIENTO _____ COMUNA _____ FONO _____ | | DESTINO SERVICIO DE SALUD _____ ESTABLECIMIENTO _____ | |
| LUGAR DE TRASLADO DEL PACIENTE DOMICILIO _____ COMUNA _____ FONO _____ | | | |
| DIAGNÓSTICO TBC: PULMONAR <input type="checkbox"/> EXTRAPULMONAR <input type="checkbox"/> ÓRGANO _____ CONFIRMACIÓN: BACILOSCOPIA <input type="checkbox"/> CULTIVO <input type="checkbox"/> BIOPSIA <input type="checkbox"/> ADA <input type="checkbox"/> S/CONFIRM. <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> TIPO DE MUESTRA _____ | | | |
| RIESGO DE ABANDONO SÍ _____ NO _____ FACTORES DE RIESGO _____ | | | |
| ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO: VIRGEN A TRATAMIENTO _____ ANTES TRATADO _____ RECAÍDA _____ ABANDONO _____ NOTIFICACIÓN: SÍ _____ FECHA _____ NO _____ | | | |
| TRATAMIENTO ACTUAL INDICADO: FECHA INICIO TRATAMIENTO _____ | | | |
| FASE DIARIA | | FASE TRISEMANAL | |
| TOTAL DOSIS RECIBIDA _____ | | TOTAL DOSIS RECIBIDAS _____ | |
| DOCUMENTOS ADJUNTOS: Rx TÓRAX _____ TARJETA TRATAMIENTO _____ EPICRISIS _____ | | | |
| ANTECEDENTES MÓRBIDOS: HEPATITIS _____ ALCOHOLISMO _____ DM _____ TABACO _____ SILICOSIS _____ COINFECCIÓN RETROVIRAL _____ OTRAS _____ | | | |
| OBSERVACIONES: _____ _____ | | | |

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL _____

