



9. TARJETA DE REGISTRO DE TRATAMIENTO TBC

TARJETA DE REGISTRO DE TRATAMIENTO TBC

NOMBRE _____ EDAD _____ RUT _____
FICHA _____ ESTABLECIMIENTO _____ FECHA _____
DIRECCIÓN _____
COMUNA _____ FONO _____
SERVICIO DE SALUD _____ NACIONALIDAD _____

DIAGNÓSTICO: TBC PULM _____
TBC EXTRAPULMONAR _____ ÓRGANO _____
CASO NUEVO _____ RECAÍDA _____ REING. AB. _____
CONFIRMACIÓN:
BACILOSCOPIA _____ CULTIVO _____ BIOPSIA _____ S/CONF _____
NOTIFICACIÓN:
SÍ _____ FECHA _____ PEND. _____

Ocupación _____ PUEBLO INDÍGENA DECLARADO _____
RIESGO DE ABANDONO: ALTO (45 y más) _____ MEDIANO (25 a 44) _____ BAJO (< de 25) _____

AÑO Y MES	TRATAMIENTO EFECTUADO																TOTAL ASIST. MES	ESQUEMA TRAT. FECHA	KOCH		PESO	OBSERVACIONES Y VISITA DOMICILIARIA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			D	C		
	1															16						
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16						
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16						
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16						
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16						
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16						
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16						
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16						
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16						
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							

CURADO DONFIRMADO _____ CURADO SIN CONFIRMAR _____ ABANDONO _____ FALLECIDO POR TBC _____ FRACASO _____ TRASLADO _____
ESTUDIO DE CONTACTOS

[illegible]

RIESGO DE ABANDONO

CONSULTA	FECHA	CONTENIDO EDUCATIVO	OBSERVACIONES
INGRESO			
CAMBIO FASE			
ALTA			
OTRAS			

FACTORES	PUNTAJE
ALCOHOLISMO	10 PUNTOS
SIN PREVISIÓN	15 PUNTOS
VIVE SOLO	20 PUNTOS
DRUGADICCIÓN	25 PUNTOS
ABANDONOS ANTERIORES	35 PUNTOS