



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.....	
DIAGNOSTICO TBC: PULMONAR <input type="checkbox"/> EXTRAPULMONAR <input type="checkbox"/> ORGANO..... CONFIRMACIÓN: DIRECTO <input type="checkbox"/> CULTIVO <input type="checkbox"/> BIOPSIA <input type="checkbox"/> ADA <input type="checkbox"/> S/ CONFIRM. <input type="checkbox"/> TIPO DE MUESTRA.....	
RIESGO DE ABANDONO: SI.... NO.... FACTORES DE RIESGO.....	
ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO: VIRGEN A TRATAMIENTO..... ANTES TRATADO..... RECAIDA..... ABANDONO..... NOTIFICACIÓN: SI..... FECHA..... NO	
TRATAMIENTO ACTUAL INDICADO: FECHA INICIO TRATAMIENTO:	
FASE DIARIA	FASE TRISEMANAL
TOTAL DOSIS RECIBIDA.....	TOTAL DOSIS RECIBIDAS.....
DOCUMENTOS ADJUNTOS. Rx TORAX..... TARJETA TRATAMIENTO..... EPICRISIS.....	
ANTECEDENTES MORBIDOS.: HEPATITIS..... ALCOHOLISMO..... DM..... TABACO..... SILICOSIS..... COINFECCIÓN RETROVIRAL..... OTRAS.....	
OBSERVACIONES:	

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL.....

ENVIAR POR CORREO A E.U ANDREA PERALTA DE LA ROSA aperalta@saludoriente.cl, POR CONDUCTO
 REGULAR A PROGRAMA TBC DEL SSMO Bernarda Morín #545 Providencia.
 ENTREGAR ORIGINAL AL ENFERMO