



Libro de Farmacia

República de Panamá
Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social
Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis



MINISTERIO DE SALUD
CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Instructivo del Formulario de Control de Tratamiento – Departamento de Farmacia
Preparado por Licenciada Tomasa Cheng de Ortíz

- 1. Año:** indicar el año en curso.
- 2. N° de caso:** anotar en forma consecutiva el número de caso (No incluye ITBL) de acuerdo al orden en que ingresan los pacientes. Empezar con el N° 1 el Primer día del mes de Enero y terminar el 31 de Diciembre (Para conocer el número total de casos por año).
- 3. Región de salud:** apuntar la región de salud donde el paciente recibe el tratamiento.
- 4. Definición de caso:** marca con una (X) si es clínicamente diagnosticado o bacteriológicamente confirmado.
- 5. Datos del Paciente:** escribir en letra imprenta.
- 6. Fase Intensiva:** anotar cantidad total de medicamentos que debe tomar el paciente en la primera fase.
- 7. Fase de Continuación:** anotar cantidad total de medicamentos que debe tomar el paciente en su segunda fase.
- 8. ITBL, Infección Tuberculosa Latente:** cantidad total de medicamento que debe tomar el paciente en la profilaxis.
- 9. Dosis diaria:** Cantidad diaria de medicamento que debe tomar el paciente, ejemplo, 2 diarias ó 3 diarias etc.
- 10. Fecha de expiración:** anotar en números el día, mes y año de vencimiento de los medicamentos.
- 11. N° Lote:** anotar el número de lote de cada medicamento
- 12. Pacientes. Nuevo / Previamente tratado / ITBL**
Marcar con (X) una de la casilla correspondiente. En pacientes Previamente Tratados anotar si es: Recaída, Tratamiento después de fracaso, Tratamiento después de pérdida al seguimiento, Otros pacientes previamente tratados.

13. Localización anatómica:

Marcar con (X) una de las casillas según sea la clasificación correspondiente.

- 14. HIV / SIDA:** marcar con (X) una de las casillas en caso de ser paciente con HIV o SIDA Y la fecha que se hizo el examen.

15. Fase intensiva:

Fecha de inicio: anotar el día, mes y año cuando el paciente toma la 1ª dosis.

Fecha de terminación: anotar el día, mes y año cuando el paciente termina de tomar el tratamiento.

- 16. BK 2do control:** Se anota la fecha de la 2da baciloscopia de control realizada por el laboratorio antes de suministrar la II Fase en pacientes con baciloscopia positiva.

17. Fase de continuación:

Fecha de inicio: anotar el día, mes y año cuando el paciente toma la 1ª dosis.

Fecha de terminación: anotar el día, mes y año cuando el paciente termina de tomar el tratamiento.

- 18. Mes:** anotar meses durante los cuales se toma tratamiento empezando por el mes de inicio.

- 19. Dosis:** se anota la suma de las dosis diarias suministrada por cada mes.

- 20. Numeración:** representa los días del mes.

- 21. Observaciones:** anotar otros aspectos importantes que no figuran en el formato:

- Traslado, embarazo, diabético
- Bk antes de II Fase
- Baciloscopías
- Contactos y otros

- 22. Condición de Egreso:** Anotar si el paciente al finalizar tratamiento fue Curado, Tratamiento Completo, Fracaso al Tratamiento, Pérdida en el Seguimiento, No Evaluado o Tratamiento Exitoso.

* En las casillas de cada medicamento se restan las dosis diarias de tal manera que representa existencia o inventario que debe encontrarse reservada para el paciente.

DEFINICIONES:

- a. TB bacteriológicamente confirmada:** todo caso que tenga una muestra biológica positiva por baciloscopia, cultivo, nuevos métodos diagnósticos avalados por la OMS/OPS como el Xpert MTB/RIF. Todos estos casos deben ser notificados, independientemente si iniciaron tratamiento o no.
- b. TB clínicamente diagnosticada:** todo caso de TB que no cumple con los criterios para la confirmación bacteriológica, pero ha sido diagnosticado con TB activa por un médico, quien ha decidido dar al paciente un ciclo completo de tratamiento de TB. Esta definición incluye casos diagnosticados sobre la base de anomalías a los rayos X o histología sugestiva y casos Extrapulmonares sin confirmación de laboratorio. Si estos casos clínicamente diagnosticados posteriormente resultan ser bacteriológicamente positivos (antes o después de comenzar el tratamiento) deben ser reclasificados como bacteriológicamente confirmados.
- **Pacientes nuevos:** aquellos que nunca han sido tratados por TB o que han recibido medicamentos anti TB por menos de un mes.
 - **Pacientes previamente tratados:** los que han recibido un mes o más de los medicamentos anti-TB en el pasado.

- **Se clasifican además por los resultados de su más reciente ciclo de tratamiento de la siguiente manera:**
- **Recaídas:** los que han sido previamente tratados por TB y fueron declarados curados o tratamiento completo al final de su último ciclo de tratamiento, y ahora son diagnosticados con un episodio recurrente de TB; ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de TB causado por reinfección.
- **Tratamiento después de fracaso:** son aquellos previamente tratados por TB y su tratamiento fracasó al final de su más reciente curso de tratamiento.
- **Tratamiento después de pérdida al seguimiento:** aquellos que fueron tratados previamente por TB y declarados pérdida al seguimiento al final de su tratamiento más reciente.
- **Otros pacientes previamente tratados:** aquellos que han sido previamente tratados por TB, pero cuyo resultado después del tratamiento más reciente es desconocido o indocumentado.
- **Pacientes con historia desconocida de tratamientos previos por TB:** los que no encajan en ninguna de las categorías mencionadas anteriormente.

Régimen para pacientes nuevos

Categoría de tratamiento antituberculoso	Paciente con tuberculosis	Regímenes terapéuticos	
		Fase intensiva	Fase de continuación
Caso nuevo de Tuberculosis Pulmonar o Extrapulmonar	Caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB	1 HRZE (diaria)	4HR (diaria)
	Doble infección TB/MH	2 HRZE(diaria)	7HR (diaria)

Tabla N°3. Régimen terapéutico para casos nuevos de TB

En la meningitis tuberculosa, se debe agregar la **estreptomina** en la fase intensiva de tratamiento por su capacidad bactericida. Se recomienda prolongar la segunda fase de tratamiento 3 meses más.

- Las dosis del tratamiento se deben calcular por kilogramo de peso para cada esquema.

Medicamento de primera línea	Modo de acción	Potencia	Dosis recomendada (mg/kg peso)	
			Diaria	Máxima (mg)
Isoniacida (H)	Bactericida	Alta	5 (4 -6)	300
Rifampicina (R)	Bactericida	Alta	10 (8 - 12)	600
Pirazinamida (Z)	Bactericida	Baja	25 (20 - 30)	2000
Etambutol (E)	Bacteriostático	Baja	15 (15 - 20)	1600
Estreptomina (S)	Bactericida	Baja	15 (12 - 18)	1000

Tabla N°4. Medicamentos anti-tuberculosos de primera línea. Modo de acción, potencia y dosis recomendadas

Fármaco y dosis para el tratamiento de casos de TB en niños durante la **Primera fase** o **Intensiva** (2 meses/diaria)

Fármaco	Dosis/rango	Dosis máxima
Isoniacida	10mg/kg/día (10-15mg/kg/día)	300mg/día
Rifampicina	15mg/kg/día (10-20mg/kg/día)	600mg/día
Pirazinamida	35mg/kg/día (30-40mg/kg/día)	2000mg/día
Etambutol	20mg/kg/día (15-25mg/kg/día)	1200mg/día

Fármaco y dosis para el tratamiento de casos de TB en niños durante la **Segunda fase** o de **Continuación** (4 meses/diaria)

Fármaco	Dosis/rango	Dosis máxima
Isoniacida	10mg/kg/día (10-15mg/kg/día)	300mg/día
Rifampicina	15mg/kg/día (10-20mg/kg/día)	600mg/día

Fuente: World Health Organization. Rapid advice: treatment of tuberculosis in children. WHO/HTM/TB/2010.1

- En caso de TB extrapulmonar (hueso, TB miliar y meningitis TB) el tratamiento de la 1ra. fase es igual de 2 meses y la segunda fase con isoniacida y rifampicina se debe prolongar hasta 10 meses a la misma dosis, para un total de 12 meses de tratamiento.

TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA	
ESQUEMA DE TRATAMIENTO ACORTADO	4 - 6 Km / Am - Mfx - Pto - Cfz - Z - H en altas dosis - E / 5 Mfx - Cfz - Z - E
ESQUEMA DE TRATAMIENTO ESTANDARIZADO	6 Km / Am - Lfx - Eto - Cs - Z / 12-18 Lfx - Eto Cs
MEDICAMENTOS DE NUEVO ESQUEMA DE TRATAMIENTO	Levofloxacin o Moxifloxacin, Cicloserina, Clofazimina, Bedaquilina, Linezolid

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>

MES																			OBSERVACIONES	
DOSIS																				
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																				

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	<input type="text"/>	Peso (kg)	<input type="text"/>	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text" value="DD MM AAA"/>	
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text" value="DD MM AAA"/>	Fecha de terminación <input type="text" value="DD MM AAA"/>
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text" value="DD MM AAA"/>	Fecha de terminación <input type="text" value="DD MM AAA"/>

																						OBSERVACIONES
MES																						
DOSIS																						
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																						

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación				
Nombre				
Cédula				
Edad	<input type="text"/>	Peso (kg)	<input type="text"/>	Sexo
Dirección				
Teléfono				
Ocupación				

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>																		
<table border="0"> <tr><td>TB Pulmonar <input type="checkbox"/></td><td>TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>HIV/SIDA <input type="checkbox"/></td><td>Fecha <input type="text"/></td></tr> <tr> <td> <table border="0"> <tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> </table> </td> <td> <table border="0"> <tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> </table> </td> </tr> </table>	TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>	<table border="0"> <tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> </table>	DD	MM	AAA	<table border="0"> <tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> </table>	DD	MM	AAA	<table border="0"> <tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> </table>	DD	MM	AAA	<table border="0"> <tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> </table>	DD	MM	AAA
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>																			
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>																			
<table border="0"> <tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> </table>	DD	MM	AAA	<table border="0"> <tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> </table>	DD	MM	AAA													
DD	MM	AAA																		
DD	MM	AAA																		
DD	MM	AAA																		
DD	MM	AAA																		
BK SEGUNDO CONTROL:																				
<table border="0"> <tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> </table>	DD	MM	AAA	<table border="0"> <tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> </table>	DD	MM	AAA	<table border="0"> <tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> </table>	DD	MM	AAA									
DD	MM	AAA																		
DD	MM	AAA																		
DD	MM	AAA																		

MES	OBSERVACIONES																			
DOSIS																				
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																				

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación				
Nombre				
Cédula				
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F
Dirección				
Teléfono				
Ocupación				

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA

MES	DOSIS	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	OBSERVACIONES			

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación	<input type="text"/>			
Nombre	<input type="text"/>			
Cédula	<input type="text"/>			
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F
Dirección	<input type="text"/>			
Teléfono	<input type="text"/>			
Ocupación	<input type="text"/>			

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

MES	DOSIS	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	OBSERVACIONES						

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>	<input type="text"/>
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/>
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/>

MES	DOSIS																									OBSERVACIONES
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																										

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

N° de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA

																				OBSERVACIONES		
MES																						
DOSIS																						
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																						

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

N° de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación	<input type="text"/>				
Nombre	<input type="text"/>				
Cédula	<input type="text"/>				
Edad	<input type="text"/>	Peso (kg)	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/> M <input type="text"/> F
Dirección	<input type="text"/>				
Teléfono	<input type="text"/>				
Ocupación	<input type="text"/>				

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Previamente Tratado	<input type="checkbox"/> ITBL
<input type="checkbox"/> TB Pulmonar	<input type="checkbox"/> TB Extrapulmonar	
<input type="checkbox"/> HIV/SIDA	Fecha <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA

MES	DOSIS	OBSERVACIONES
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		

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>

MES																					OBSERVACIONES		
DOSIS																							
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																							

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	<table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15%;">M</td><td style="width: 15%;">F</td></tr></table>	M	F
M	F				
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>						
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>							
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%;">DD</td><td style="width: 33%;">MM</td><td style="width: 34%;">AAA</td></tr></table>		DD	MM	AAA			
DD	MM	AAA						
Fase Intensiva	Fecha de inicio <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%;">DD</td><td style="width: 33%;">MM</td><td style="width: 34%;">AAA</td></tr></table>	DD	MM	AAA	Fecha de terminación <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%;">DD</td><td style="width: 33%;">MM</td><td style="width: 34%;">AAA</td></tr></table>	DD	MM	AAA
DD	MM	AAA						
DD	MM	AAA						
BK SEGUNDO CONTROL:								
Fase de Continuación	Fecha de inicio <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%;">DD</td><td style="width: 33%;">MM</td><td style="width: 34%;">AAA</td></tr></table>	DD	MM	AAA	Fecha de terminación <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%;">DD</td><td style="width: 33%;">MM</td><td style="width: 34%;">AAA</td></tr></table>	DD	MM	AAA
DD	MM	AAA						
DD	MM	AAA						

MES	DOSIS	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	OBSERVACIONES																

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación				
Nombre				
Cédula				
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F
Dirección				
Teléfono				
Ocupación				

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

MES																	OBSERVACIONES			
DOSIS																				
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																				

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación				
Nombre				
Cédula				
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F
Dirección				
Teléfono				
Ocupación				

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

<input type="checkbox"/>	Nuevo	<input type="checkbox"/>	Previamente Tratado	<input type="checkbox"/>	ITBL	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	TB Pulmonar	<input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	HIV/SIDA	<input type="checkbox"/>	Fecha	DD	MM	AAA			
	Fase Intensiva	Fecha de inicio	DD	MM	AAA	Fecha de terminación	DD	MM	AAA
BK SEGUNDO CONTROL:									
	Fase de Continuación	Fecha de inicio	DD	MM	AAA	Fecha de terminación	DD	MM	AAA

																		OBSERVACIONES
MES																		
DOSIS																		
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																		

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación	<input type="text"/>			
Nombre	<input type="text"/>			
Cédula	<input type="text"/>			
Edad	<input type="text"/> Peso (kg) <input type="text"/>	<input type="text"/> Sexo	M	F
Dirección	<input type="text"/>			
Teléfono	<input type="text"/>			
Ocupación	<input type="text"/>			

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>

MES	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	OBSERVACIONES
DOSIS																																
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																																

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha	DD MM AAA
Fase Intensiva	Fecha de inicio	Fecha de terminación
	DD MM AAA	DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio	Fecha de terminación
	DD MM AAA	DD MM AAA

																								OBSERVACIONES	
MES																									
DOSIS																									
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																									

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

N° de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>

MES																									OBSERVACIONES
DOSIS																									
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																									

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha	DD MM AAA
Fase Intensiva	Fecha de inicio	Fecha de terminación
	DD MM AAA	DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio	Fecha de terminación
	DD MM AAA	DD MM AAA

																		OBSERVACIONES	
MES																			
DOSIS																			
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																			

Condición de Egreso: Fecha:

Año: _____

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

N° de Caso: _____

Región de Salud: _____

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo	Previamente Tratado	ITBL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/> HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/> Fecha DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

MES	DOSIS	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	OBSERVACIONES				

Condición de Egreso: _____ Fecha: _____

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado

Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text" value="DD MM AAA"/>	
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text" value="DD MM AAA"/>	Fecha de terminación <input type="text" value="DD MM AAA"/>
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text" value="DD MM AAA"/>	Fecha de terminación <input type="text" value="DD MM AAA"/>

MES																													OBSERVACIONES
DOSIS																													
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																													

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación				
Nombre				
Cédula				
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F
Dirección				
Teléfono				
Ocupación				

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/> DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text"/> DD MM AAA	Fecha de terminación <input type="text"/> DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text"/> DD MM AAA	Fecha de terminación <input type="text"/> DD MM AAA

MES	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	OBSERVACIONES				
DOSIS																																				
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																																				

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

N° de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación				
Nombre				
Cédula				
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F
Dirección				
Teléfono				
Ocupación				

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha	DD MM AAA
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

MES	DOSIS																	OBSERVACIONES				
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																						

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

N° de Caso:

Región de Salud: _____

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

																	OBSERVACIONES
MES																	
DOSIS																	
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																	

Condición de Egreso: _____ Fecha: _____

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación				
Nombre				
Cédula				
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F
Dirección				
Teléfono				
Ocupación				

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/> DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text"/> DD MM AAA	Fecha de terminación <input type="text"/> DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text"/> DD MM AAA	Fecha de terminación <input type="text"/> DD MM AAA

MES																														OBSERVACIONES
DOSIS																														
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																														

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

N° de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado

Bacteriológicamente Confirmada

Instalación		
Nombre		
Cédula		
Edad	Peso (kg)	Sexo
Dirección		
Teléfono		
Ocupación		

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/> TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	
Fecha DD MM AAA		
Fase Intensiva <input type="checkbox"/> Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA	
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación <input type="checkbox"/> Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA	

MES	DOSIS	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	OBSERVACIONES								

Condición de Egreso: _____ Fecha: _____

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

MES	DOSIS																			OBSERVACIONES
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																				

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

N° de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación				
Nombre				
Cédula				
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F
Dirección				
Teléfono				
Ocupación				

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

MES																		OBSERVACIONES			
DOSIS																					
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																					

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

N° de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación				
Nombre				
Cédula				
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F
Dirección				
Teléfono				
Ocupación				

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha	DD MM AAA
Fase Intensiva	Fecha de inicio	Fecha de terminación
	DD MM AAA	DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio	Fecha de terminación
	DD MM AAA	DD MM AAA

MES																OBSERVACIONES		
DOSIS																		
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																		

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

**MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

N° de Caso:

Región de Salud: _____

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	<small>M</small>	<small>F</small>	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>		TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>		Fecha DD MM AAA
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

MES	DOSIS																				OBSERVACIONES
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																					

Condición de Egreso: _____ Fecha: _____

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

N° de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado

Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

MES																		OBSERVACIONES		
DOSIS																				
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																				

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

N° de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación				
Nombre				
Cédula				
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F
Dirección				
Teléfono				
Ocupación				

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA <input type="text"/>

MES	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	OBSERVACIONES	
DOSIS																																	
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																																	

Condición de Egreso: Fecha:

Año: _____

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso: _____

Región de Salud: _____

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación				
Nombre				
Cédula				
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F
Dirección				
Teléfono				
Ocupación				

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

		OBSERVACIONES															
MES																	
DOSIS																	
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																	

Condición de Egreso: _____ Fecha: _____

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación	<input type="text"/>								
Nombre	<input type="text"/>								
Cédula	<input type="text"/>								
Edad	<input type="text"/>	Peso (kg)	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>	M	<input type="text"/>	F	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>								
Teléfono	<input type="text"/>								
Ocupación	<input type="text"/>								

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>	<input type="text"/>
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/>
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/>

MES	DOSIS	<input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES																		
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																					

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud: _____

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación				
Nombre				
Cédula				
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F
Dirección				
Teléfono				
Ocupación				

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

MES																	OBSERVACIONES			
DOSIS																				
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																				

Condición de Egreso: _____ Fecha: _____

Año: _____

**MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

Nº de Caso: _____

Región de Salud: _____

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

MES																			OBSERVACIONES	
DOSIS																				
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																				

Condición de Egreso: _____ Fecha: _____

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado

Bacteriológicamente Confirmada

Instalación	<input type="text"/>			
Nombre	<input type="text"/>			
Cédula	<input type="text"/>			
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F
Dirección	<input type="text"/>			
Teléfono	<input type="text"/>			
Ocupación	<input type="text"/>			

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha	<input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA
Fase Intensiva	Fecha de inicio	Fecha de terminación
	<input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA	<input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio	Fecha de terminación
	<input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA	<input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAA

		OBSERVACIONES																				
MES	DOSIS																					
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																						

Condición de Egreso: Fecha:

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado

Bacteriológicamente Confirmada

Instalación						
Nombre						
Cédula						
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F		
Dirección						
Teléfono						
Ocupación						

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>	
Fase Intensiva <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/>
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/>

																			OBSERVACIONES																
MES	DOSIS	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			

Condición de Egreso: Fecha:

Año: _____

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

N° de Caso: _____

Región de Salud: _____

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación				
Nombre				
Cédula				
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F
Dirección				
Teléfono				
Ocupación				

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

MES																						OBSERVACIONES
DOSIS																						
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																						

Condición de Egreso: _____ Fecha: _____

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

N° de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado

Bacteriológicamente Confirmada

Instalación						
Nombre						
Cédula						
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F		
Dirección						
Teléfono						
Ocupación						

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Previamente Tratado	<input type="checkbox"/> ITBL
<input type="checkbox"/> TB Pulmonar	<input type="checkbox"/> TB Extrapulmonar	
<input type="checkbox"/> HIV/SIDA	Fecha DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

MES																OBSERVACIONES				
DOSIS																				
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																				

Condición de Egreso: Fecha:

Año: _____

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso: _____

Región de Salud: _____

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación			
Nombre			
Cédula			
Edad	Peso (kg)	Sexo	M F
Dirección			
Teléfono			
Ocupación			

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha DD MM AAA	
Fase Intensiva	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio DD MM AAA	Fecha de terminación DD MM AAA

																											OBSERVACIONES		
MES	DOSIS																												
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																													

Condición de Egreso: _____ Fecha: _____

Año:

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO – DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Nº de Caso:

Región de Salud:

Clínicamente Diagnosticado Bacteriológicamente Confirmada

Instalación					
Nombre					
Cédula					
Edad	Peso (kg)	Sexo	M	F	
Dirección					
Teléfono					
Ocupación					

FASE INTENS.	FASE CONT.	ITBL	DOSIS	EXP.	LOTE

Nuevo <input type="checkbox"/>	Previamente Tratado <input type="checkbox"/>	ITBL <input type="checkbox"/>
TB Pulmonar <input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>	
Fase Intensiva	Fecha de inicio <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/>
BK SEGUNDO CONTROL:		
Fase de Continuación	Fecha de inicio <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/>

MES																								OBSERVACIONES
DOSIS																								
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																								

Condición de Egreso: Fecha:

