

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA - SALTA
PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

FICHA DE QUIMIOPROFILAXIS

Establecimiento: _____

Ap. y Nombre: _____ D.N.I.: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ap. y Nombre de la Madre o Tutor: _____

Ap. y Nombre caso índice: _____

Quimop.: Fecha de inicio: _____ Fecha de Finalización: _____

Peso al inicio de la quimio.: _____ Dosis diarias: _____ PPD: _____ mm

MES - AÑO	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	PESO			

Observaciones:
