

Formulario de traslado de pacientes en tratamiento por tuberculosis



Ministerio de Salud
República Argentina

Datos de la persona en tratamiento por tuberculosis

Apellido y nombre:

DNI/Cédula de identidad:

--	--	--	--	--	--	--	--

Edad:

Fecha de nacimiento:

--	--

--	--

--	--	--	--

Género:

Nacionalidad:

Idioma que habla:

Pueblo indígena declarado:

Nombre de persona a cargo (madre/padre/tutor):

Teléfono de contacto:

Información obligatoria del traslado

Domicilio	Lugar de origen	Lugar de destino (campo obligatorio)
Calle y N° (referencia)		
Comuna o distrito		
Departamento		
Municipio		
Localidad		
Número de celular		
País		
Contacto de emergencia	Nombre	Nombre referente jurisdiccional/programa
	Teléfono	Teléfono

Formulario de traslado de pacientes en tratamiento por tuberculosis

Diagnóstico del episodio actual de tuberculosis

Fecha de diagnóstico

Forma clínica

Pulmonar

Extrapulmonar

Pulmonar + extrapulmonar

Información del evento actual

Tratamiento previo		Si	No
Paciente nuevo			
Paciente previamente tratado	Paciente con recaída		
	Paciente con tratamiento después de fracaso		
	Paciente con tratamiento después de pérdida del seguimiento		
	Otro paciente previamente tratado		
Paciente con historia desconocida de tratamientos previos por tuberculosis			

INFORMACION DE TRATAMIENTO O QUIMIOPROFILAXIS PREVIA
(en caso que hubiera, adjuntar documentación)



Ministerio de Salud
República Argentina

Exámenes de laboratorio y radiología

Exámen realizado	Tipo de muestra	Resultado		Fecha de realización
Baciloscopia de muestra respiratoria	Espudo ☐ Materia fecal ☐ BAL ☐ Contenido gástrico ☐	Positiva ☐ Negativa ☐ No realizada ☐		
Baciloscopia de muestra extrapulmonar	Líquido pleural ☐ Orina ☐ Ganglio ☐ LCR ☐ Biopsia ☐	Positiva ☐ Negativa ☐ No realizada ☐		
Cultivo de muestra respiratoria	Espudo ☐ Materia fecal ☐ BAL ☐ Contenido gástrico ☐	Positiva ☐ En estudio ☐ Negativa ☐ No realizada ☐		
Cultivo de muestra extrapulmonar	Muestra extrapulmonar Especificar:	Positiva ☐ En estudio ☐ Negativa ☐ No realizada ☐		
Radiografía	Tórax Extrapulmonar especificar:	TB ☐ Otra patología ☐ Normal ☐ No realizada ☐		
Prueba de sensibilidad	Cultivo Espudo ☐ Extrapulmonar ☐	Sensible ☐ En estudio ☐	Resistente a: Iozaniazida ☐ Rifampicina ☐ Otras drogas ☐	
Biología molecular (Xpert o similar)	Espudo ☐ Materia fecal ☐ BAL ☐ Contenido gástrico ☐ Extrapulmonar ☐	CMT detectado ☐ CMT no detectado ☐	Rifampicina detectada ☐ Rifampicina no detectada ☐ No realizada ☐	
IGRA (prueba de sangre)	Sangre ☐	Positiva ☐ Negativa ☐ No realizada ☐		
PPD (prueba cutánea)	Piel ☐	Positiva ☐ Negativa ☐ No realizada ☐		

Observaciones:

Notificación:

Si ☐No ☐

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--

Formulario de traslado de pacientes en tratamiento por tuberculosis

Esquema de tratamiento en uso al momento del traslado

Esquema del tratamiento administrado:

.....

Fecha de inicio del tratamiento

¿Viaja con medicación? Si ☐ No ☐

¿Para cuántos días tiene tratamiento?

Fecha de salida Fecha de llegada

Fármacos administrados

Fármaco	Dosificación	Nº de dosis administrada

Reacciones adversas a medicamentos (RAM)

¿Presenta RAM? Si ☐ No ☐

Especificar RAM:

Especificar fármaco:

Formulario de traslado de pacientes en tratamiento por tuberculosis



Ministerio de Salud
República Argentina

Condiciones asociadas

Hepatopatías	☐	Alcoholismo	☐	Enfermedad oncológica	☐
Diabetes	☐	Consumo de sustancias	☐	Desnutrición	☐
Tabaquismo	☐	Coinfección retroviral (VIH)	☐	Embarazo	☐
Silicosis	☐	Inmunodeficiencia	☐	Otras:	
Insuficiencia renal	☐	Enfermedad reumatológica	☐		

Documentos adjuntos

Radiografía	☐	Resultado de estudio de sensibilidad	☐
Tarjeta de tratamiento	☐	Resultado de estudio de tipificación	☐
Informe de biopsia	☐	Epicrisis	☐
Otros (especificar):			
.....			

Establecimiento que traslada

Nombre:

Dirección: Teléfono:

Correo electrónico:

Datos del personal que traslada

Referente jurisdiccional/jefe de programa:

Fecha del traslado

Sello/firma del profesional

Observaciones:

.....

.....