CONTROL DURANTE EL TRATAMIENTO

Día	Mes	Año	Peso	Bacteriología de Control				
			Kg.	Nº de lab.	Fecha	Resultado	Bk	C

CONSEJERÍA

1ra Fase: _____ Término del tratamiento: _____

2da Fase: _____

OBSERVACIONES: _____

_____

_____

TESÁI HA TEKO PORÃVE
Ministerio de SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

TETÃ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay de la gente

PROGRAMA NACIONAL DE Control de la Tuberculosis

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

CARNÉ DE PACIENTE

Nombre(s) y Apellido(s): _____

Documento de identificación: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Región Sanitaria: _____ Distrito/Ciudad: _____

Barrio/Compañía/Com. Indígena: _____

Calle y Nº de Casa: _____

Nº de Teléfono: _____

Localización Anatómica

Pulmonar ☐

Extrapulmonar ☐ Especificar: _____

BACTERIOLOGÍA

Tipo de Muestra	Análisis de Laboratorio	Bacilioscopía	Cultivo	Tipificación	PSD		Gene Xpert
					Sensible	Resistente	
	Resultado						
	Fechas	/ /	/ /	/ /	/ /		/ /
Otros estudios de diagnóstico:					Fecha: / /		

Estado de VIH 0 ☐ 1 ☐ SD ☐ Fecha: / /

Historia del Tratamiento Previo

Nuevo ☐ Previamente tratado ☐ Especificar: _____

Responsable: _____

A LA PRESENTACIÓN DE ESTE CARNÉ DEBE DARSE TRATAMIENTO GRATUITO

MES Y AÑO	FASE INICIAL (1)																														DROGAS Y DOSIS RECIBIDA
	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	
FASE DE CONTINUACION (2)																																

Duración del Tratamiento:		Administración del Tratamiento	Modalidades del TDO			
Fase Inicial	Drogas:	Supervisado Fase 1 Sí No	En Servicio		Familiar	
	Dosis:		Fuera del Servicio		TOV	
	Comprimido día:	Autoadministrado _____ días	En la Comunidad			
Fase de Continuación	Drogas:	Supervisado Fase 2 Sí No	En Servicio		Familiar	
	Dosis:		Fuera del Servicio		TOV	
	Comprimido día:	Autoadministrado _____ días	En la Comunidad			