

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: _____

_____

**TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL**

Paraguay
de la gente



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 Pulmonar **Anatómica** Extrapulmonar Especificar: _____**BACTERIOLOGÍA**

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

Estado de VIH 0 1 SD Fecha: / /Glicemia 0 1 SD Fecha: / /**Historia del Tratamiento Previo**Nuevo Previamente tratado Especificar: _____**Responsable:** _____ **Teléfono:** _____

**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	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En Servicio	Familiar		
	Dosis:			Autoadministrado _____ días			Fuera del Servicio	TOV	
	Comprimido día:						En la Comunidad		
Fase de Continuación	Drogas:		Supervisado Fase 2	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En Servicio	Familiar		
	Dosis:			Autoadministrado _____ días			Fuera del Servicio	TOV	
	Comprimido día:						En la Comunidad		