

Reporte de Caso y Servicios al Cliente del Programa Binacional de TB

Nombre _____ FDN: _____
(Apellido/s) (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Mes / Día / Año)

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE TB

Peso actual _____ Talla _____
 Peso anterior _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Terminación: _____

Fecha de Reinicio: _____ Fecha de Terminación: _____

DOT: Sí No, especifique la razón: _____ Sitio de DOT: Clínica o centro médico En Campo DOT video

Frecuencia: Diario 5d/sem. Diario 6d/sem. Diario 7d/sem. 3d/sem. Otro (especifique): _____

doTBal

- Fase Intensiva (cada tableta contiene Isoniazida 75mg, Rifampicina 150mg, Pirazinamida 400mg, y Etambutol 300mg)
- Fase Sostén (cada tableta contiene Isoniazida 400mg y Rifampicina 300mg)

TRATAMIENTO AUMENTADO O COMPLETO (si es en combinación escriba mg de cada uno)

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Isoniacida | <input type="checkbox"/> DSHS _____ mg | <input type="checkbox"/> México _____ mg | <input type="checkbox"/> doTBal _____ mg |
| <input type="checkbox"/> Rifampicina | <input type="checkbox"/> DSHS _____ mg | <input type="checkbox"/> México _____ mg | <input type="checkbox"/> doTBal _____ mg |
| <input type="checkbox"/> Pirazinamida | <input type="checkbox"/> DSHS _____ mg | <input type="checkbox"/> México _____ mg | <input type="checkbox"/> doTBal _____ mg |
| <input type="checkbox"/> Etambutol | <input type="checkbox"/> DSHS _____ mg | <input type="checkbox"/> México _____ mg | <input type="checkbox"/> doTBal _____ mg |

- | | | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------------|---|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rifabutina _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México | <input type="checkbox"/> Bedaquilina _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México |
| <input type="checkbox"/> Rifapentina _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México | <input type="checkbox"/> Clofazimina _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México |
| <input type="checkbox"/> Estreptomina _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México | <input type="checkbox"/> Cicloserina _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México |
| <input type="checkbox"/> Amikacina _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México | <input type="checkbox"/> Linezolid _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México |
| <input type="checkbox"/> Etionamida _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México | <input type="checkbox"/> Pretomanida _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México |
| <input type="checkbox"/> Ofloxacino _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México | <input type="checkbox"/> PAS _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México |
| <input type="checkbox"/> Levofloxacina _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México | <input type="checkbox"/> B6 _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México |
| <input type="checkbox"/> Moxifloxacina _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México | <input type="checkbox"/> _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México |
| | | | <input type="checkbox"/> _____ mg | <input type="checkbox"/> DSHS | <input type="checkbox"/> México |

Rectado para: _____ meses
 Reposiciones máximas autorizadas: _____

Cierre: Fecha: _____ Se completó la terapia adecuada

- El paciente decidió terminar
 - Se perdió sin seguimiento
 - Reacción adversa a fármacos
 - Falleció (causa): _____
 - Se mudó fuera del estado a: _____
- Fecha que se envió la referencia a la oficina central: _____
 Decisión del Proveedor: Embarazo Sin TB Otro: _____
 Dosis Recomendadas _____ Dosis Tomadas _____
 Dosis Tomadas por DOT _____ % Dosis Tomadas por DOT _____
 Meses con RX _____ Meses Recomendados _____

Comentarios Generales:

 Firma de enfermero/a (Nurse) Fecha (Date)

Consulta Médica de Texas
 Recibida

 Firma del Médico Tratante (Treating Physician) Fecha (Date)

Enfermero autorizado para
 obtener el consentimiento
 informado

 Para Clofazimina - Firma del Médico Prescriptor/a (Prescribing Physician For Clofazimine) Fecha (Date)

 Firma del Médico Consultor/a (si aplica) (if applicable, Consulting Physician) Fecha (Date)