**Representación gráfica del tratamiento antimalárico de primera línea para *P. falciparum***

**Nombres y apellidos del paciente:** ……………..………………………………………………………………… **Fecha:** …………………………………………………………………………

**Edad**: ………………………………… **Sexo:** M ( ) F ( ) **Peso:** ………………………..Kg **Embarazo:** Sí ( ) No ( ) **Semanas Gestación:**……………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Día** | **Representación gráfica por horas de administración de la medicación antimalárica de primera línea para *P. falciparum*** | **Medicamentos** |
| 1 | HORA 0: …………………  | HORA 8: ………………… | Artemether + Lumefantrina(20mg/120mg)Primaquina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mg |
| 2 | HORA 24: ………………… | HORA 36: ………………… | Artemether + Lumefantrina(20mg/120mg) |
| 3 | HORA 48: ………………… | HORA 60: ………………… | Artemether + Lumefantrina(20mg/120mg) |

**Establecimiento de Salud/Puesto de Salud:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Promotor

Nombre y apellido del Personal de Salud o Promotor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Actualización: 2024 / MSP-DNEPCET – OPS/OMS.**

**Representación gráfica del tratamiento antimalárico de primera línea para *P. vivax***

**Nombres y apellidos del paciente:** ……………………………………………………………………………… **Fecha:** …………………………………………………………………………

**Edad**: ………………………………… **Sexo:** M ( ) F ( ) **Peso:** ………………………..Kg **Embarazo:** Sí ( ) No ( ) **Semanas Gestación:**……………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Día** | **Representación gráfica por días de administración de la medicación antimalárica de primera línea para *P. vivax*** | **Medicamentos** |
| 1 |  | Cloroquina (150mg base)Primaquina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mg |
| 2 |  | Cloroquina (150mg base)Primaquina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mg |
| 3 |  | Cloroquina (150mg base)Primaquina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mg |
| Días | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | Primaquina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mg |

**Establecimiento de Salud/Puesto de Salud:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Promotor

Nombre y apellido del Personal de Salud o Promotor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Actualización: 2024 / MSP-DNEPCET –OPS/OMS.**