

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM)																	
REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS	SI	NO	FECHA INICIO DE LA REACCION		SUSPENSION DEL TRATAMIENTO	PARCIAL	TOTAL		CAMBIO DE TRATAMIENTO	SI	NO						
DESCRIPCION DE LA REACCION					COMENTARIO				COMENTARIO								
SEGUIMIENTO DEL AFECTADO EN TRATAMIENTO (Fechas)																	
CONSULTA MEDICA	ENTREVISTA DE ENFERMERIA	ENTREVISTA DE TRABAJO SOCIAL	VISITA DOMICILIARIA	CHARLA EDUCATIVA	ACTIVIDADES DE TB/VIH												
					1. ESTADO DE VIH		2. TAMIZAJE DE VIH		3. TRATAMIENTO								
					VIH POSITIVO	<input type="checkbox"/>	FECHA DE ASERORIA	<input type="checkbox"/>	TPC	<input type="checkbox"/>	TARV	<input type="checkbox"/>	TPI	<input type="checkbox"/>			
					VIH NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	AFFECTADO RECHAZA LA PRUEBA	<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="checkbox"/>			
					VIH DESCONOCIDO	<input type="checkbox"/>	PRUEBA DE TAMIZAJE AL INICIO DEL TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="checkbox"/>			
							PRUEBA DE TAMIZAJE DURANTE EL TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>									
							PRUEBA DE TAMIZAJE AL FINAL DEL TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>									
							PRUEBA CONFIRMATORIA	<input type="checkbox"/>									
					TAMIZAJE DE DIABETES MELLITUS		FECHA		TRATAMIENTO								
APLICACION DE ENCUESTA DE RIESGO DE PÉRDIDA EN EL SEGUIMIENTO																	
					SI		<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	RESULTADO:		ALTO	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	BAJO	<input type="checkbox"/>
COMENTARIO																	
CONDICIÓN DE EGRESO DEL PACIENTE:																	
CURADO		<input type="checkbox"/>		TRATAMIENTO COMPLETO		<input type="checkbox"/>		FRACASO		<input type="checkbox"/>	Fecha de Egreso del Tratamiento:		<input type="checkbox"/>				
PERDIDA EN EL SEGUIMIENTO		<input type="checkbox"/>		FALLECIDO		<input type="checkbox"/>		NO EVALUADO		<input type="checkbox"/>							
Fecha de egreso del Hospital:																	
					ALTA		<input type="checkbox"/>	FALLECIDO	<input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES		<input type="checkbox"/>					
FIRMA Y NOMBRE DEL PERSONAL RESPONSABLE DEL EGRESO																	