

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM)																
REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS	SI		NO		FECHA INICIO DE LA REACCIÓN		SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO	PARCIAL		TOTAL		CAMBIO DE TRATAMIENTO	SI		NO	
DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN						COMENTARIO					COMENTARIO					

SEGUIMIENTO DEL AFECTADO EN TRATAMIENTO (Fechas)					ACTIVIDADES DE TB/VIH												
CONSULTA MEDICA	ENTREVISTA DE ENFERMERIA	ENTREVISTA DE TRABAJO SOCIAL	VISITA DOMICILIARIA	CHARLA EDUCATIVA	1. ESTADO DE VIH		2. TAMIZAJE DE VIH			3. TRATAMIENTO							
					VIH POSITIVO	<input type="checkbox"/>	FECHA DE ASESORIA	<input type="text"/>		TPC	<input type="checkbox"/>	TARV	<input type="checkbox"/>	TPI	<input type="checkbox"/>		
					VIH NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	AFECTADO RECHAZA LA PRUEBA		<input type="checkbox"/>								
					VIH DESCONOCIDO	<input type="checkbox"/>	PRUEBA DE TAMIZAJE AL INICIO DEL TRATAMIENTO		<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>						
							PRUEBA DE TAMIZAJE DURANTE EL TRATAMIENTO		<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>						
							PRUEBA DE TAMIZAJE AL FINAL DEL TRATAMIENTO		<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>						
							PRUEBA CONFIRMATORIA		<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>						
							TAMIZAJE DE DIABETES MELLITUS										
							FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TRATAMIENTO	<input type="text"/>						
							APLICACIÓN 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:				Cambio al registro de tratamiento TBR: <input type="text"/>			
CURADO	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO COMPLETO	<input type="checkbox"/>	FRACASO	<input type="checkbox"/>	Fecha de Egreso del Tratamiento:	
PERDIDA EN EL SEGUIMIENTO	<input type="checkbox"/>	FALLECIDO	<input type="checkbox"/>	NO EVALUADO	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Fecha de egreso del Hospital:	<input type="text"/>	ALTA	<input type="checkbox"/>	FALLECIDO	<input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------	------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	----------------------

FIRMA Y NOMBRE DEL PERSONAL RESPONSABLE DEL EGRESO