



República de Panamá
Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social
Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis

—
Libro de Registro para el Control y
Seguimiento del Tratamiento de la
Tuberculosis Fármacoresistente

MINISTERIO DE SALUD
CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INSTRUCTIVO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

El presente libro es el instrumento de información oficial del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, información que debe ser Consolidada y enviada al Nivel Nacional.

El registro y seguimiento de pacientes es de carácter confidencial y debe ser adecuadamente conservado, se registrará a los pacientes diagnosticados y que reciben tratamiento en esta instalación.

1. Número de orden de registro: Anotar los números en forma consecutiva de acuerdo al orden en que ingresan los pacientes. Iniciar con el N° 1 El primer día del mes de Enero y terminar 31 de diciembre. Esto permitirá un registro correcto y conocer el número de casos por año.

2. Fecha de Ingreso al tratamiento: Anotar el día, mes y año con números, cuando el paciente toma la primera dosis de medicamentos, ya sea en el hospital u otra institución de salud.

3. Nombres y apellidos: Escribir los nombres y apellidos con letra imprenta.

4. Instalación que lo refiere: Anotar el nombre de la instalación que refiere al paciente.

5. Número de cédula y/o Pasaporte: Anotar el número correspondiente

6. Asegurado: Marcar con una (X) si es asegurado o no.

7. Edad: Anotar la edad de acuerdo al sexo: Masculino (M) o Femenino (F).

8. Localización de la enfermedad: Marcar con cruz (X) una de las casillas.

9. Historia de tratamiento previo:

Anotar el número: 1= Nuevo, 2= Recaída, 3= Después de la pérdida en el seguimiento, 4= Después de fracaso a un primer tratamiento con medicamentos de primera línea, 5= Después de fracaso al retratamiento con medicamentos de primera línea, 6= Transferencia recibida, 7= Otro.

10. Medicamentos de segunda línea recibidos previamente:

Anotar las abreviaturas de los medicamentos:

Am= amikacina, Km= Kanamicina, Cm= Capreomicina

Fluoroquinolonas (FQ): Lfx=Levofloxacina, Eto= Etionamida, Pto= Protionamida, Cs= Cicloserina, Cfz= Clofazimina, Lzd= Linezolid, Mfx: Moxifloxacina, Bedaquilina.

11. Fecha de toma de la muestra para prueba de sensibilidad (PSD): Anotar día, mes y año de PSD.

12. Fecha de resultado de la muestra para prueba de sensibilidad (PSD): Anotar día, mes y año de PSD.

13. Resultados de la prueba de sensibilidad: Anotar en la casilla que corresponde: R= Resistentes, S= Sensible.

14. Clasificación basada en la resistencia a los medicamentos:

Anotar en la casilla: Mono-R =Monoresistente, Poli-R= Poliresistente, MDR= Multidrogoresistente, XDR=Extremadamente resistente.

15. Método de diagnóstico:

Baciloscopías: Todo paciente con Tuberculosis debe tener al menos, dos baciloscopías diagnósticas. Anotar en su columna correspondiente fecha y resultado, según

el reporte en el formulario de Baciloscopías, Ejemplo (1+, 2+, 3+, de 0 -9 bacilos).

Cultivo: Anotar fecha y resultado positivo, negativo u otra MICOBACTERIA.

Técnicas moleculares: Si es XpertMTB/RIF se reporta como sigue: MTB detectado, MTB no detectado, Indeterminado o no valido.

En caso de utilizar cualquiera otra técnica molecular anotar según reporte de laboratorio.

16. Controles mensuales: Anotar la fecha y el resultado mensual de las baciloscopías y cultivos de control durante los meses de tratamiento del paciente, según el reporte en el formulario de laboratorio.

17. Condición previa de VIH: si el paciente acude con prueba previa de VIH marcar con una cruz (X) en una de las casillas y anotar la fecha correspondiente.

18. Fecha de nueva prueba de VIH: Si la condición de VIH es desconocido, si presenta factor de riesgo o si tiene más de 6 meses con una prueba negativa; se le solicita al paciente nueva prueba de VIH, marcar con una cruz(X) en una de las casillas y la fecha correspondiente.

19. Actividades TB/VIH:

(TARV) Terapia Antiretroviral: marcar con una cruz (X) en la casilla y anotar la fecha correspondiente.

Terapia con Cotrimoxazol, marcar con una cruz (X) en la casilla y anotar la fecha correspondiente.

20. Antecedente de Terapia con Isoniacida anotar en la casilla correspondiente la fecha y el tiempo de duración (Tiempo en que tomo el paciente la terapia).

21. Condición de Egreso:

Curado: Tratamiento completo sin evidencia de fracaso Y tres o más cultivos negativos consecutivos con intervalo de por lo menos 30 días entre ellos, después de la fase intensiva.

Tratamiento completo: Tratamiento completo sin evidencia de fracaso, PERO sin constancia de tres o más cultivos negativos consecutivos con al menos 30 días de intervalo después de la fase intensiva.

Pérdida durante el seguimiento: Un paciente cuyo tratamiento fue interrumpido durante 2 meses consecutivos o más.

Fracaso al tratamiento: Tratamiento terminado o necesidad de cambio permanente de esquema o por lo menos dos fármacos anti-TB debido a: falta de conversión al final de la fase intensiva, o reversión bacteriológica en la fase de continuación después de conversión a negativo; o, evidencia de resistencia adicional adquirida a las Fluoroquinolonas o medicamentos inyectables de segunda línea; o, reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Fallecido: Un paciente que muere por cualquier razón durante el curso del tratamiento.

No evaluado: Un paciente al que no se le ha asignado ningún resultado del tratamiento. (Esto incluye los casos "transferidos a" otra unidad de tratamiento y cuyos resultados del tratamiento se desconocen).

Observaciones: Anotar otros aspectos relevantes que no figuren en el formato.

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPÍA 1	BACILOSCOPÍA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							
DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPÍA 1	BACILOSCOPÍA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							
DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPÍA 1	BACILOSCOPÍA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				
DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							
DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							
DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							
DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPÍA 1	BACILOSCOPÍA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							
DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				
DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							
DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPÍA 1	BACILOSCOPÍA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPÍA 1	BACILOSCOPÍA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPÍA 1	BACILOSCOPÍA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPIA 1	BACILOSCOPIA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

REGIÓN: AÑO: INSTALACIÓN DE SALUD: RESPONSABLE:

N° DE ORDEN DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO AL TRATAMIENTO DD MM AAA	NOMBRE Y APELLIDO	INSTALACIÓN QUE LO REFIERE	N° DE CÉDULA	ASEGURADO		EDAD		LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	
					SI	NO	M	F	PULMONAR <input type="checkbox"/>	EXTRA PULMONAR <input type="checkbox"/>

HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO	MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA RECIBIDOS PREVIAMENTE (INICIALES)	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA PARA PSD DD MM AAA	FECHA DE RESULTADO DE PSD DD MM AAA	RESULTADOS DE LA PRUEBA DE SENSIBILIDAD												CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS MONO-R, POLI-R, MDR, XDR, RR		
				INH		RFP		SM		EMB		PZA						
				R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S		R	S

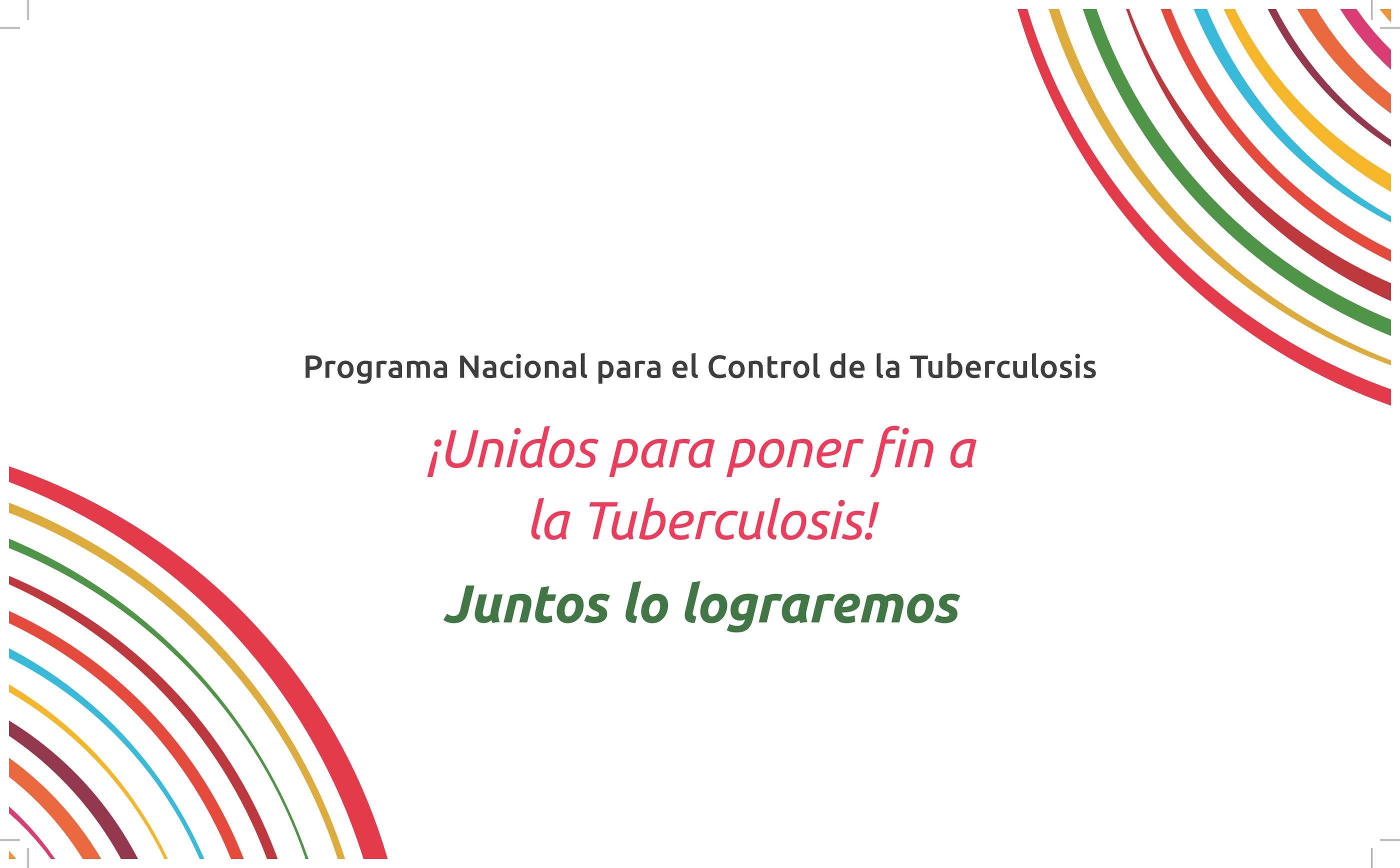
MÉTODO DE DIAGNÓSTICO				CONTROLES MENSUALES											
EXAMENES BACTERIOLÓGICOS				MES 1		MES 2		MES 3		MES 4		MES 5		MES 6	
BACILOSCOPÍA 1	BACILOSCOPÍA 2	CULTIVO	TÉCNICAS MOLECULARES	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES																					
MES 7		MES 8		MES 9		MES 10		MES 11		MES 12		MES 13		MES 14		MES 15		MES 16		MES 17	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

CONTROLES MENSUALES													
MES 18		MES 19		MES 20		MES 21		MES 22		MES 23		MES 24	
B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	CONDICIÓN PREVIA DE VIH			FECHA DE NUEVA PRUEBA DE VIH	
	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	POSITIVO <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	FECHA				

ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH				CONDICIÓN DE EGRESO						OBSERVACIONES
ACTIVIDADES DE TB/VIH		ANTECEDENTE DE TERAPIA CON ISONIACIDA		CURADO	TRATAMIENTO COMPLETO	PÉRDIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO	FRACASO	FALLECIDO	NO EVALUADO	
TARV <input type="checkbox"/>	TERAPIA CON COTRIMOXAZOL <input type="checkbox"/>	FECHA	DURACIÓN							



Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis

*¡Unidos para poner fin a
la Tuberculosis!*

Juntos lo lograremos