Plan de tratamiento/alta de tuberculosis

2005A-TB-004

Nombre del paciente	Género ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección			Teléfono
Ocupación	Lugar de trabajo		Teléfono del trabajo
Contacto de emergencia	Dirección		Teléfono

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O CENTRO ENCARGADO DEL TRATAMIENTO

Caso informado al departamento de salud local por: _____ en (fecha) _____

El médico de cuidado de la TB será: ☐ LHD ☐ Médico privado _____

Dirección del médico _____ Teléfono _____

Otros cuidadores de seguimiento: _____
(nombre, agencia y teléfono)

Medicamentos y dosis recetadas Peso corporal del paciente _____ kg

☐ Isoniazida_____ mg ☐ Rifampicina_____mg ☐ Pirazinamida_____ mg ☐ Ethambutol_____ mg

☐ B-6____ mg ☐ otro_____ ☐ otro _____

Para ser ingerido: ☐ diario ☐ 2 veces por semana ☐ 3 veces por semana

Garantía de adherencia: ☐ DOT ☐ Médico Certificacion

Todos los pacientes serán contactados por el LHD para el manejo de los casos y la investigación de contactos, si está indicado. DOT es el estándar de atención para todos los casos de TB.Para cualquier paciente que no esté en DOT, el médico tratante acepta la responsabilidad de asegurarse que el paciente que no esté en DOT, el médico tratante acepta la responsabilidad de asegurarse que el paciente complete el tratamiento apropiado y está obligado a proporcionar al LHD una certificación escrita de la adherencia al tratamiento.

Contagioso ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Identifique los obstáculos para la adherencia al tratamiento:

☐ falta de vivienda ☐ discapacidad física ☐ abuso de sustancias: _____

☐ discapacidad mental ☐ ninguno ☐ otro: _____

Identificar cualquier necesidad de servicio personal:

☐ asistencia para vivienda ☐ alimento/nutrición ☐ bienestar local/estatal ☐ cuidado de niños ☐ transporte

☐ tratamiento de drogas ☐ servicios de salud mental ☐ servicios de salud en el hogar ☐ servicios de empleo ☐ ninguno

☐ otro: _____

Las remisiones para estas necesidades se hicieron/se harán a: _____ en (fecha) _____

Otras consideraciones/comentarios: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL LHD Y PROPORCIONADO AL MÉDICO/CENTRO

El administrador de casos de enfermería de salud pública asignado es: _____ Teléfono: _____

La visita inicial del DOT será realizada por: _____ (nombre)

1ra cita de DOT: _____ _____ _____
fecha hora lugar

The DOT worker(s) will be: _____ (name) ☐ health dept staff ☐ other _____

Los trabajadores del DOT serán _____ (dirección) ☐ casa ☐ escuela ☐ trabajo ☐ otro

(El horario lo establecerá el trabajador de DOT y el paciente en la primera visita. El paciente firmará un acuerdo de DOT que incluye las instrucciones de DOT).

Responsabilidad primaria de la investigación de contactos ☐ administrador de casos ☐ otro _____

Intervenciones propuestas para los obstáculos de adherencia identificados: _____

Otras consideraciones/comentarios: _____

_____

Las siguientes personas han sido notificadas y aprueban el plan de tratamiento anterior.

Se deben obtener las firmas y la aprobación antes del alta del paciente.

Firma del médico tratante _____ fecha _____

Firma del Departamento de Salud local _____ fecha _____

Firma del paciente _____ fecha _____

☐ Paciente eligió no firmar: Firma del planificador del alta _____ fecha _____