



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



FORMULARIO DE REFERENCIA/TRANSFERENCIA PARA EL CONTROL DEL
TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FÁRMACORESISTENTE TB / RR o TB / MDR

Marque para referencia o transferencia: Referencia Transferencia Fecha: _____

Motivo de referencia/transferencia: _____

Diagnóstico de egreso: _____

Establecimiento de origen: _____ Región de Salud: _____

Hacia el establecimiento receptor: _____ Región de Salud: _____

Datos de identificación del paciente

Nombre: _____ Cédula: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Domicilio: _____ Domicilio para TAES: _____

Teléfono paciente: _____ Celular: _____ Familiar: _____

Exámenes realizados / Determinantes del diagnóstico		Fecha	Resultados
Baciloscopia inicial 1			
Baciloscopia inicial 2			
Técnicas moleculares	PCR en tiempo Real (Xpert)		
	LPA		
	Otras		
Cultivo	Manual (Medios sólidos Lowestein Jensen, Agar, etc)		
	Automatizado (Medios líquidos Bact Alert 3D, MGIT)		
Prueba de Susceptibilidad	Pruebas Fenotípicas (método de las Proporciones, MGIT, MODS, MDR Color test)		
	Pruebas Genotípicas (Tiras HAIN, LPA- Genotype, GeneXpert MTB/RIF)		
Biopsia			
Rayos X compatible TB			
Prueba de VIH			
Glicemia			

Pertenencia a grupo de riesgo TB MDR	Sí	No		Sí	No
Contacto TB Resistente			Regímenes intermitentes (2 -3 veces por semana durante todo el tratamiento)		
Recaída y tratamiento después del abandono			Diabética/co		
Fracaso del retratamiento-Fracaso del tratamiento inicial TB			Dependencia a drogas lícitas y no lícitas		
			Indigente sin estructura social		
Paciente con VIH +			Privada/o de libertad		

Condición de ingreso al Programa de TB

1. Ha recibido medicamentos antiTB de 1a Línea: Sí No Cuáles: _____

2. Ha recibido medicamentos antiTB de 2da Línea: Sí No Cuáles: _____

Datos del tratamiento

Peso en Kg.: _____ Fecha de inicio: ____/____/____ 1ra. Fase 2da. Fase No. de dosis recibidas en la Unidad: _____

Fecha de última dosis: ____/____/____ Esquema de tratamiento que recibió (especificar medicamentos y dosis): _____

**Esquema de tratamiento 1 Fase TB RR o TB MDR (especificar medicamentos y dosis)
6-8 meses diarios- hasta negativizar 3 cultivos secuenciales**

Medicamentos	Dosis mg/Kg/día	Peso 33-50Kg	Peso 51- ≥70Kg	Dosis máxima
Kanamicina <input type="checkbox"/>	15 - 20 mg /Kg/día <input type="checkbox"/>	500 - 750 mg i.v. o i.m. <input type="checkbox"/>	1000 mg /día <input type="checkbox"/>	750 mg(>60 años) 1000 mg <input type="checkbox"/>
Levofloxacina <input type="checkbox"/>	7.5 - 10 mg /Kg/día <input type="checkbox"/>	750 mg <input type="checkbox"/>	750 - 1000 mg <input type="checkbox"/>	1000 mg <input type="checkbox"/>
Ethionamida <input type="checkbox"/>	15-20 mg/Kg/día <input type="checkbox"/>	500 mg <input type="checkbox"/>	750 mg /día <input type="checkbox"/>	1000 mg <input type="checkbox"/>
Cicloserina <input type="checkbox"/>	15-20 mg/Kg/día <input type="checkbox"/>	500 mg <input type="checkbox"/>	750 mg /día <input type="checkbox"/>	1000 mg <input type="checkbox"/>
Pirazinamida <input type="checkbox"/>	25 (20 - 30) mg/Kg/día <input type="checkbox"/>	1000 mg <input type="checkbox"/>	≥ 1000 - 1500 mg <input type="checkbox"/>	1500 mg <input type="checkbox"/>

2da Fase diaria hasta completar 18-24 meses (Tratamiento completo) Eliminar el inyectable solamente y continuar con Etionamida, Cicloserina y Levofloxacina. **CONSULTAR DUDAS**

Nombre de la persona responsable del reporte: _____ Cargo: _____ Firma: _____

Nombre/firma del médico tratante: _____ Firma: _____

Especialidad: _____ Servicio: _____

Referencia: Es el proceso de traslado en el lugar más cercano al hogar del paciente con diagnóstico de TB ya confirmado, para iniciar o continuar el tratamiento.

Transferencia: Se refiere cuando una instalación de salud traslada a un paciente con TB ya registrado en el Programa a otra área, para continuar su tratamiento.