

TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TUBERCULOSIS

SIS-SS-20-P

EXAMEN DE CONTACTOS

NOMBRE	EDAD	SEXO	CICA-TRIZ BCG	SÍNTOMAS	EXAMEN DE RESULTADOS				DIAGNÓSTICO			ACCIONES		
					BACTERIOLÓGICOS	RAYOS X	P P D		HISTORIA CLÍNICA	PRIMO INFECC.	T B	NO T B	QUIMIO-PROFILAXIS	TRATAMIENTO
							FECHA APLICACIÓN	LECTURA mm						

VISITAS DOMICILIARIAS

SOLICITUD		REALIZACIÓN	
FECHA	MOTIVO	FECHA	RESULTADO

OBSERVACIONES	ENFERMEDADES CONCOMITANTES