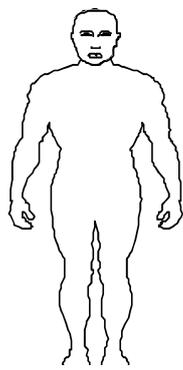


Elaboración, Bogotá D.C., Abril 20 de 2015

IDENTIFICACIÓN																			
Nombre del paciente:																			
Tipo de identificación y número:										Teléfono									
Dirección de residencia:																			
Municipio:										Departamento:									
Fecha de nacimiento:										IPS:									
Sexo: M <input type="checkbox"/>					F <input type="checkbox"/>					Zona: Cabecera municipal <input type="checkbox"/>					Centro poblado <input type="checkbox"/>		Rural disperso <input type="checkbox"/>		
Ocupación:										Nacionalidad									
Régimen de afiliación:					Grupo poblacional					Perteneencia Etnica									
Subsidiado <input type="checkbox"/>					Discapacitado <input type="checkbox"/>					Indigente <input type="checkbox"/>					Indígena <input type="checkbox"/>				
Contributivo <input type="checkbox"/>					Desplazado <input type="checkbox"/>					Población infantil a cargo del ICBF <input type="checkbox"/>					Palenquero <input type="checkbox"/>				
Especial <input type="checkbox"/>					Migrante <input type="checkbox"/>					Madre comunitaria <input type="checkbox"/>					Raizal <input type="checkbox"/>				
No asegurado <input type="checkbox"/>					Carcelario <input type="checkbox"/>					Desmovilizado <input type="checkbox"/>					Negro-Mulato-Afrocolombiano <input type="checkbox"/>				
EAPB <input type="checkbox"/>					Gestante <input type="checkbox"/>					Centro psiquiátrico <input type="checkbox"/>					Rom <input type="checkbox"/>				
					Víctima de violencia armada <input type="checkbox"/>					Otros grupos poblacionales <input type="checkbox"/>					Otro <input type="checkbox"/>				
INGRESO A POLIQUIMIOTERAPIA PQT																			
Fecha	Criterio de Ingreso				Resultado			Clasificación		Fuente de contagio:									
	Nuevo	Recibido	Recuperado	Recidiva	Evaluación Clínica	IB	Biopsia	PB	MB										
										Método de hallazgo									
EXAMEN DE INGRESO																			
Primeros síntomas										Fecha de aparición		Grado de discapacidad en ojos, manos y pies							
												Derecho					Izquierdo		
Lesiones Cutáneas										0									
Ubicación		Tipo			No		Sensibilidad			1									
										2									
										0									
										1									
										2									
Lesiones de Troncos Nerviosos										0									
		Auricular		Cubital		Mediano		Radial		C.P.E.		T.P.		1					
		D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	2					
Engrosamiento																			
Dolor															Grado máximo		0	1	2
INVESTIGACIÓN A CONVIVIENTES																			
No	Nombre	Edad	Sexo		Estado clínico			Diagnóstico confirmado		Cicatriz BCG		Aplicación BCG		Refuerzo BCG					
			M	F	Sano	Sospechoso	Enfermo en tto	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
REMISIONES										ACTIVIDADES EDUCATIVAS									
					Fecha					Fecha									
Psicología					Ortopedia					Paciente					Grupo familiar				
Trabajo Social					Oftalmología					Charla general sobre lepra									
Nutricionista					Cirugía Plástica					Charla sobre autocuidado									
Fisioterapia					Otro					Entrega de material educativo									

**TARJETA INDIVIDUAL  
SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LEPROSA**

Nombre del paciente:																	
<b>TRATAMIENTO DE REACCIONES</b>											<b>Evaluación de discapacidad en ojos, manos y pies (cada 6 meses)</b>						
Biopsia de reacción:		Fecha:								Fecha:							
Resultado:																	
<b>Neuritis (Tipo 1)</b>		Fecha				Fecha				Derecho <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			Izquierdo <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>				
Corticoides													<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>				
Antiinflamatorios													<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>				
Liberación quirúrgica													<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>				
<b>Eritema Nodoso Leprso (Tipo 2)</b>		Fecha:				Fecha				<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>				
Corticoides										<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>				
Talidomida										<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>				
Clofazimina										<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>				
<b>Tratamiento de otras patologías asociadas</b>		Fecha:				Fecha				Grado máximo <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			Baciloscopia de control				
Focos sépticos																	
Conjuntivitis																	
Parasitismo																	
<b>CONTROL DEL TRATAMIENTO PQT</b>																	
Año	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	PB: 6 dosis en los últimos 9 meses	MB: 12 dosis en los últimos 18 meses			
													Al final del tratamiento				
													No de dosis	No de meses			
<b>RESULTADO DE BÚSQUEDA EN CASO DE INASISTENCIA</b>																	
Fechas		Recuperado	Fallecido	No localizado	Cambio de residencia	Renueve	Comentarios:										
<b>RESULTADO DE LA PQT</b>				<b>Grado de discapacidad al egreso (ojos, manos y pies)</b>				<b>Comentarios</b>									
Fecha de salida:				Fecha:													
Baciloscopia final IB:																	
<input type="checkbox"/> Tratamiento Finalizado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Remitido:						Derecho <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			Izquierdo <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>								
						<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>								
						<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>								
A donde fue remitido:						Grado máximo <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>											