



REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM)

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA INICIO DE LA REACCIÓN		SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO	PARCIAL <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>		CAMBIO DE TRATAMIENTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN					COMENTARIO				COMENTARIO		

SEGUIMIENTO DEL AFECTADO EN TRATAMIENTO (Fechas)

CONSULTA MEDICA	ENTREVISTA DE ENFERMERIA	ENTREVISTA DE TRABAJO SOCIAL	VISITA DOMICILIARIA	CHARLA EDUCATIVA

1. ESTADO DE VIH			2. TAMIZAJE DE VIH			3. TRATAMIENTO				
VIH POSITIVO <input type="checkbox"/>	FECHA DE ASESORIA	<input type="text"/>	AFECTADO RECHAZA LA PRUEBA <input type="checkbox"/>	TPC <input type="checkbox"/>	TARV <input type="checkbox"/>	TPI <input type="checkbox"/>	PRUEBA DE TAMIZAJE AL INICIO DEL TRATAMIENTO	FECHA	<input type="text"/>	
VIH NEGATIVO <input type="checkbox"/>	PRUEBA DE TAMIZAJE DURANTE EL TRATAMIENTO	<input type="text"/>	PRUEBA DE TAMIZAJE AL FINAL DEL TRATAMIENTO	<input type="text"/>	PRUEBA CONFIRMATORIA	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>
VIH DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>	PRUEBA DE TAMIZAJE AL FINAL DEL TRATAMIENTO	<input type="text"/>	PRUEBA CONFIRMATORIA	<input type="text"/>	PRUEBA CONFIRMATORIA	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>
FECHA	<input type="text"/>	TAMIZAJE DE DIABETES MELLITUS	<input type="text"/>	TRATAMIENTO	<input type="text"/>					

APLICACIÓN DE ENCUESTA DE RIESGO DE PÉRDIDA EN EL SEGUIMIENTO					
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	RESULTADO:	ALTO <input type="checkbox"/>	MODERADO <input type="checkbox"/>	BAJO <input type="checkbox"/>
COMENTARIO					

CONDICIÓN DE EGRESO DEL PACIENTE:	CURADO <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO COMPLETO <input type="checkbox"/>	FRACASO <input type="checkbox"/>	Fecha de Egreso del Tratamiento: <input type="text"/>	Cambio al registro de tratamiento TBR: <input type="checkbox"/>
	PERDIDA EN EL SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/>	FALLECIDO <input type="checkbox"/>	NO EVALUADO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Fecha de egreso del Hospital: \_\_\_\_\_ ALTA  FALLECIDO  OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y NOMBRE DEL PERSONAL RESPONSABLE DEL EGRESO