

LIBRO DE REGISTRO DE PACIENTES EN QUIMIOPROFILAXIS CON ISONIAZIDA

Diligenciar este libro en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que administran quimioprofilaxis con Isoniazida. Este libro es la fuente de información para el programa municipal, departamental y distrital, es un insumo necesario para la elaboración del informe de casos y actividades y para el cálculo de Isoniazida para cubrir las necesidades en una entidad territorial.

Instrucciones para diligenciamiento

El libro se elaboró en una hoja de Excel la cual está protegida y tiene un listado desplegable para su adecuado diligenciamiento, puede ser diligenciado en medio físico conservando las características originales.

VARIABLE	DESCRIPCION
No.	Corresponde al número consecutivo del paciente en quimioprofilaxis.
Departamento o Distrito	Elegir de la lista desplegable el nombre del departamento o distrito al que pertenece la IPS.
Municipio	Elegir de la lista desplegable el nombre del municipio donde está ubicada la IPS.
IPS	Nombre de la IPS que administra la quimioprofilaxis con Isoniazida.
Fecha de inicio de quimioprofilaxis	Escriba en formato dd/mm/aaaa la fecha en la que el paciente recibe su quimioprofilaxis.
Nombres	Escribir en mayúsculas los nombres del paciente en quimioprofilaxis.
Primer apellido	Escribir en mayúsculas el primer apellido del paciente en quimioprofilaxis.
Segundo apellido	Escribir en mayúsculas el segundo apellido del paciente en quimioprofilaxis.
Tipo ID	Elegir de la lista desplegable: CC = Cédula de ciudadanía, TI = Tarjeta de identidad, RC = Registro civil, MS = Menor sin identificar, AS = Adulto sin identificar, CE = Cédula de extranjería, PS = Pasaporte, de acuerdo a lo que corresponda.
Número de identificación	Escribir el número del el documento de identificación del paciente en quimioprofilaxis.
Sexo	Elegir de la lista desplegable M o F según corresponda.
Edad	Elegir de la lista desplegable la edad en años, si tiene menos de un año escoja la opción < 1.
Pertenencia étnica	Elegir de la lista desplegable según corresponda la pertenencia étnica del sintomático respiratorios (RAIZAL, ROM, INDÍGENA, AFROCOLOMBIANO, PALENQUERO, si no pertenece a ninguno de los anteriores elija la opción OTRO.
Pueblo Indígena	Si el paciente es indígena elegir de la lista desplegable el pueblo al cual pertenece.
Grupo poblacional	Elegir de la lista desplegable la opción que corresponda al sintomático respiratorio (discapacitado, desplazado, migrante, población carcelaria, gestante, indigente, población infantil a cargo ICBF, madres comunitarias, desmovilizados, población en centros psiquiátricos, víctima de violencia armada, trabajador de la salud, otros). Si el paciente pertenece a dos o más grupos poblacionales, elegir uno de la lista y escribir los otros en observaciones. Aunque el “trabajador de la salud” no es grupo poblacional, es importante elegirlo como primera opción de la lista desplegable.
Dirección	Escribir la dirección completa o sitio de la vivienda donde se ubique el paciente.
Teléfono	Escribir el número telefónico fijo o celular donde se ubique el paciente.

Barrio	Escribir en mayúsculas el nombre del barrio de residencia del paciente en quimioprofilaxis.
Localidad o Comuna	Escribir en mayúsculas el nombre de la localidad o comuna a la que pertenece la dirección de residencia del paciente en quimioprofilaxis.
Régimen de afiliación	Elegir de la lista desplegable el régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al cual pertenece la persona, así C - contributivo, S - subsidiado, N - no asegurado, E - régimen especial como: policía, ejército, armada, docentes y P – excepción.
EAPB	Elegir de la lista desplegable a cual Entidad Administradora de Planes de Beneficios está afiliado el paciente en quimioprofilaxis, si es no asegurado elegir No aplica.
Se realizó PPD	Elegir de la lista desplegable SI o NO de acuerdo a lo que corresponda.
Resultado en mm	Escribir el resultado de la lectura de la prueba de tuberculina en milímetros.
Criterio por el cual se administra PPD	Elegir de la lista desplegable: VIH, <5 CONTACTO TBP, ≥ 5 CONTACTO TBP, SILICOSIS, PRETRANSPLANTE, TRATAMIENTO ANTI TNF, DIALISIS, OTRO (en este casos escriba en la casilla de observaciones cual).
Cuantos meses de TPI recibió	Escriba en número arábigo los meses que el paciente recibió quimioprofilaxis.
Observaciones	En esta columna podrá indicar otra información que crea pertinente y relevante para este libro de pacientes en quimioprofilaxis.