SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Bitácora de tratamientos

Secretaría de Salud
Enfermedades Transmitidas por Vector
Leishmaniasis

FOLIO:

No. de ampolletas al iniciar: _____ No. de ampolletas utilizadas: _____

Lugar donde se realiza la actividad
Municipio: _____ Localidad: _____
Año:_____ Mes:_____ Semana Epidemiológica:_____

No.	Día	Hora	Folio CASO	Calle	Número exterior o CNEP	Nombre completo			Edad		Tipo				Medicamento y Dosis									Reacciones adversas						Baja					
						Ap.Paterno	Ap.Materno	Nombre	Masculino	Femenino	Sistémico	Intralesional	Termocirugía	Antibiótico	Región anatómica		Ministrado	Suministrado	Antimoniato de Meglumina						Dolor al tacto	Edema	Malestar general	Prurito	Ampolla	Cefalea	Migración	Renuencia	Curación	Defunción por leishmaniasis	Defunción por otra causa	Otro
															Región	Posición			Mililitros																	
																			1	2	3	4	5	Otra											
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	
		___ : ___																																	

No.	Día	Hora	Folio CASO	Calle	Número exterior o CNEP	Nombre completo			Edad		Tipo				Medicamento y Dosis										Reacciones adversas						Baja					
						Ap.Paterno	Ap.Materno	Nombre	Masculino	Femenino	Sistémico	Intralesional	Termocirugía	Antibiótico	Región anatómica		Ministrado	Suministrado	Antimoniato de Meglumina Mililitros						Dolor al tacto	Edema	Malestar general	Prurito	Ampolla	Cefalea	Migración	Renuencia	Curación	Defunción por leishmaniasis	Defunción por otra causa	Otro
															Región	Posición			1	2	3	4	5	Otra												
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		
		___ : ___																																		

Persona que supervisa el servicio

Unidad, brigada o adscripción:______________________________

Nombre completo:______________________________

Supervisión:

Directa ○
Indirecta ○

____
Firma

Persona que realiza el servicio

Unidad, brigada o adscripción:______________________________

Nombre completo:______________________________

____
Firma