SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

T1 - Bitácora de tratamientos

Secretaría de Salud
Enfermedades Transmitidas por Vector
Paludismo

Servicio de origen: ○ Programa ○ Proyecto ○ Operativo Nombre del servicio de origen: _____ **FOLIO T1:**

Lugar donde se realiza la actividad

Municipio: _____ Localidad: _____ Distrito:_____ Sector:_____

Año:_____

Mes:_____

No.	Día	Hora	Tipo: Caso	Tipo: Conviviente	Tipo: Masivo	Folio N1-Caso	Calle	Número CNEP	Nombre del caso o conviviente: Nombre / Apellido paterno / Apellido materno	Edad: Masculino	Edad: Femenino	Peso	Esquema: TCR 7 días	Esquema: TCR 14 días	Esquema: TDU	Medicamento: Cloroquina	Medicamento: Primaquina 5mg	Medicamento: Primaquina 15mg	Intolerancia: Nausea/Vómito	Intolerancia: Gastralgia	Intolerancia: Diarrea	Intolerancia: Cefalea	Intolerancia: Mareos	Intolerancia: Cianosis	Intolerancia: Orina rojiza	Intolerancia: Otro	Baja: Migración	Baja: Defunción	Baja: Renuencia	Baja: Curación	Baja: Otro
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

No.	Día	Hora	Tipo			Folio N1-Caso	Calle	Número CNEP	Nombre del caso o conviviente Nombre / Apellido paterno / Apellido materno	Edad		Peso	Esquema			Medicamento			Intolerancia								Baja				
			Caso	Conviviente	Masivo					Masculino	Femenino		TCR 7 días	TCR 14 días	TDU	Cloroquina	Primaquina 5mg	Primaquina 15mg	Nausea/Vómito	Gastralgia	Diarrea	Cefalea	Mareos	Cianosis	Orina rojiza	Otro	Migración	Defunción	Renuencia	Curación	Otro
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○	○								○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Persona que realiza la actividad: Adscripción, brigada o unidad de salud: _____ Nombre: _____

Persona que supervisa la actividad: Adscripción, brigada o unidad de salud: _____ Nombre: _____

Tipo de supervisión: ○ Directa ○ Indirecta

_____ Nombre y firma del jefe de sector

_____ Firma del evaluador