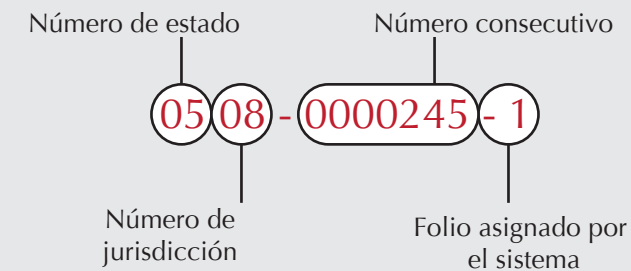


Guía rápida para el llenado del formato T1- Bitácora de tratamientos

Paludismo

Estructura de los folios



Frente del formato

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



01 Servicio o Intervención a Personas
02 Tratamientos
006 Bitácora de Tratamientos

SIPE 0202006 - T1

Secretaría de Salud 09
Programas Preventivos y Control de Enfermedades 02
Paludismo 02

Servicio de origen: Programa Proyecto Operativo

Nombre del servicio de origen: Programa 2014

FOLIO SIPE-T1: 05 08 - 0000245 - 1

(EDSS) Entorno Destinatario de los Servicios de Salud

Municipio: Saltillo Código: [][][][][][][][][][][] Localidad: Saltillo Código: [][][][][][][][][][][]

Año: 2014 Mes: Enero Semana Epidemiológica: [] [] [] [] [] Distrito: Saltillo Sector: Saltillo

EDSS -Entorno Destinataria de los Servicios de Salud

- Anotar el municipio y localidad.
- Anotar el año con 4 dígitos y el mes con letra.
- Anotar el número de la semana epidemiológica en curso.
- Número y nombre del distrito y sector.

No.

Es el número consecutivo por paciente atendido.

Día y Hora

- Anotar el número del día correspondiente.
- Hora: Formato de 24 hrs. 2 dígitos para horas y minutos.

Tipo

Anotar el tipo de tratamiento que se va a administrar.

Folio SIPE-N1 Caso

Anotar el número de folio de la muestra que fue reportada como positiva por el laboratorio. Únicamente para casos y convivientes.

No.	Día	Hora	Tipo			Folio SIPE-N1 Caso	Calle	DDSS /CNEP	Nombre del caso o conviviente			Edad			Esquema			Medicamento y Dosis					Intolerancia al tratamiento					Baja				Folio SIPE-N1	No. de muestra
			Caso	Conviviente	Masivo				Masculino	Femenino	Peso	TCR 7 dias	TCR 14 dias	TDU	CLOROQUINA		PRIMAQUINA		Náusea/Vómito	Gastralgia	Diarrea	Cefalea	Marcos	Cianosis	Orina rojiza	Otro	Migración	Defunción	Remisión	Curación	Otro		
1	27	09:00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0508-0003247-1	Frente a la iglesia	2	José Rodrigo	Ruiz	Pinto	2	13	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	27	09:15	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0508-0003247-1	Frente a la iglesia	2	Luis Daniel	Ruiz	Flores	50	85	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0508-0003299-1	345	
3	27	09:45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Frente al pozo	3	Esperanza	Pérez	Robles	25	60	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Calle y DDSS/CNEP

- Calle: En caso de que la calle no tenga nombre, anotar en este campo una referencia de ubicación.
- DDSS/CNEP: En caso de que la casa no tenga CNEP anotar el número exterior del domicilio. (solo para zonas urbanas)

Nombre del caso o conviviente

Anotar el nombre completo del paciente lo mas claro posible.

Edad y peso

Anotar la edad del paciente debajo del género que le corresponda.
Anotar el peso en kilogramos.

Esquema, medicamento y dosis

Marcar las opciones adecuadas para cada tipo de paciente.
En el caso de primaquina, si se le llegara a administrar en sus 2 presentaciones, marcar con una "x" una presentación y la otra rellenando el circulo por completo.

Intolerancia al tratamiento

Marcar los efectos que presentó el paciente al ingerir el medicamento.

Baja

Marcar la razón por la cual no se le ha ministrado el tratamiento al paciente.

Folio SIPE-N1 y No. de muestra

Anotar estos datos únicamente si se le ha tomado una muestra nueva al paciente.

Vuelta del formato

(POSS) Persona Operativa de los Servicios de Salud que supervisa el servicio

Supervisión:

[]	[]	[]	[]	[]
-----	-----	-----	-----	-----

Nombre: Hospital General
Nombre: Dr. Hugo Andrade

Directa
Indirecta

Nombre y firma del jefe de sector

POSS - Persona Operativa de los Servicios de Salud

- Código EOSS: Nombre de la brigada o unidad.
- Código POSS: Nombre del personal.



CENAPRECE

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

