

Planilla N°1

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA LEPRO
PLANILLA DE NOTIFICACION OBLIGATORIA MENSUAL



Region Sanitaria..... Servicio de Salud..... Mes.....
Distrito..... Responsable:

N°	Fecha de inicio de Tratamiento	Fecha de consulta	Nombre y Apellido	EDAD	SEXO	DIRECCION	DATOS CLINICOS										Observacion		
							N o R	N° de blister retirado		Stock actual de MDT Por Paciente	Reaccion (marque)			Cantidad de comp.		ulcera		neuritis	Servicio donde sigue Tratamiento
								MB	PB		ENL	RR	FL	Talid	Pred				
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

Planilla N°1 :Esta planilla se debe ser llenada en forma mensual por el servicio de salud tratante y enviarla al Prog. Nacional de Lepra, a traves de su encargado regional

- Obs: En el casillero N/R se anota pacientes Nuevos o de Reinicio
 En el casillero de MB/PB se escribe el N° de blister que llevo el Paciente ese mes
 En el casillero de Stock de medicamento llenar N° el blister que cuenta el servicio para cada paciente activo
 En el casillero de Reacciones marcar con X si es ENL,RR o FL
 En el casillero de Talidomida (Talid) Prednisona(Pred)escribir la cantidad de comprimido entregada al paciente
 En el casillero de Ulceras y Neuritis solo marcar con X si el paciente presenta esta afeccion
 En el casillero servicio donde sigue su Tto(Usf,CS,PS,HD y Otro)

Firma.....