



Comisión Honoraria para la
Lucha Antituberculosa y
Enfermedades Prevalentes

Departamento de Tuberculosis

Dpto.tuberculsois@chlaep.org.uy - 24001444 int. 212 / 2403 4864
Avda.18 de julio 2175 -Montevideo 11200Uruguay

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICACIÓN ANTITUBERCULOSA PARA PACIENTES INTERNADOS

Institución:

Fecha:

1 Datos del paciente:

Nombre y apellido:

CI:

Edad:

Peso:

Dirección:

Teléfono personal:

Teléfono de contacto (familiar, trabajo, etc.):

Ambulatorio: ☐

Internado: ☐

Sala: _____

Cama: _____

2 Diagnóstico de Tuberculosis

Pulmonar: ☐

Extrapulmonar: ☐

Localización: _____

Diseminada: ☐

VIH: Negativo: ☐

Positivo: ☐

Otras comorbilidades a destacar:

Bacteriología:

3 Solicitud:

Medicamento:	Dosis/ Frecuencia (Número de comprimidos, mg, /día)
DFC Adultos (Rifampicina 150 mg/ Isoniacida 75mg/Pirazinamida 400 mg/Etambutol 275 mg)	
DFC Adultos (Rifampicina 150 mg/ Isoniacida 75mg)	
DFC Niños (Rifampicina 75 mg/ Isoniacida 50 mg/ Pirazinamida 150 mg)	
DFC Niños (Rifampicina 75 mg/ Isoniacida 50 mg)	
Rifampicina Inyectables (Pacientes críticos)	
Rifampicina	
Isoniacida	
Pirazinamida	
Etambutol	
Rifapentina	
DFC Rifapentina 300 mg / Isoniacida 300 mg	
Otros fármacos:	

4 Médico tratante

Nombre y apellido:
N° Caja Profesional:
Teléfono de contacto:

Firma de médico tratante

Autorización del Dpto. de Tuberculosis

Enviar el formulario vía Whatsapp al 092 802 021 o al correo: dpto.tuberculosis@chlaep.org.uy

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICACIÓN ANTITUBERCULOSA PARA PACIENTES INTERNADOS

Departamento de Tuberculosis - CHLA-EP

Dpto.tuberculosis@chlaep.org.uy - 24001444 int. 212 / 2403 4864

Avda.18 de julio 2175 -Montevideo 11200Uruguay