



COMISIÓN HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA
Y ENFERMEDADES PREVALENTES
Avda.18 de ju.io 2175 – Montevideo 11200
Tel.2 4097126 – Fax 24014775

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICACIÓN PARA HANSEN

Centro Periférico: _____ Fecha: _____

DATOS DEL PACIENTE	
Nombre y apellido:	
C.I.:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Domicilio:	Tel.:
Localidad:	

DIAGNÓSTICO	
Discapacidad (marcar)	Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/>
Caso nuevo (marcar):	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Fecha de inicio del tratamiento:	

Nº Contactos detectados:	Nº Contactos controlados:
--------------------------	---------------------------

MÉDICO TRATANTE
Nombre y apellido:
Nº Caja Profesional:
Teléfono:

SOLICITUD	
Medicación (marcar):	MDT-Multibacilar <input type="checkbox"/> MDT-Paucibacilar <input type="checkbox"/>
Cantidad de blisters:	

Firma del médico tratante _____

Autorización CHLA-EP _____