



Departamento de Tuberculosis

Dpto.tuberculosis@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