



Formulario para la solicitud de drogas de 2da línea

Fecha de solicitud
Día Mes Año

NOTA: A fin de poder realizar un seguimiento de las personas en tratamiento con drogas de segunda línea, la solicitud de éstas, debe renovarse de forma trimestral actualizando las fechas de retiro de medicación y atención médica.

Drogas solicitadas (marcar con una X)

Amikacina	☐	Clofazimina	☐	Linezolid	☐	Rifampentina	☐
Bedaquilina	☐	Etionamida	☐	Moxifloxacina	☐	Pretomanid	☐
Cicloserina	☐	Levofloxacina	☐	Rifabutina	☐		

Datos de la persona en tratamiento

Apellido y nombre:

DNI: Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Jurisdicción:

Centro asistencial:

Motivo de la solicitud

Resistencia ☐ Toxicidad ☐ Quimioprofilaxis ☐ BPalm ☐ M. atípica ☐ Otros ☐

Observaciones:

Datos del tratamiento

Fecha de inicio
Día Mes Año

Tratamiento de tuberculosis actual:

Tratamiento propuesto:

Tiempo estimado del tratamiento:

Datos del equipo interviniente

Médico tratante en centro de referencia:

Mail y/o número de contacto:

Referente jurisdiccional a cargo:

Mail y/o número de contacto:

Contacto del trabajador social a cargo: