



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS

| | | | |
|------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------|
| NOMBRES | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | |
| RUN | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO |
| ESTABLECIMIENTO | UNIDAD | NACIONALIDAD | |
| DOMICILIO | | TELÉFONO | |

EXAMEN SOLICITADO PARA:

Pesquisa CPT Control de tratamiento N° mes: _____ Persistencia de síntomas

Sospecha clínica Sospecha de MNT

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO

Caso nuevo Previamente tratado, recaída. Previamente tratado, pérdida de seguimiento. Sospecha de fracaso

SEÑALE EL TIPO DE MUESTRA

Esputo Líq. Pleural Orina 1° Muestra

Lavado bronco alveolar Tejido ganglionar Orina 2° Muestra

Aspirado bronquial Tejido óseo Orina 3° Muestra

Contenido gástrico Tejido pleural

Líq. Cefalorraquídeo

Otros líquidos o tejidos (especificar): _____

IDENTIFIQUE GRUPOS VULNERABLES

Mayor de 65 años Alcohol / Drogas Trabajador/a expuesto/a a sílice

Extranjero/a Pueblo indígena Otras poblaciones cerradas (especificar): _____

Contacto TB-Sensible Persona privada de libertad

Contacto TB-Resistente Personal de salud Otro grupo (especificar): _____

PVVIH Inmunosupresión

Diabetes Situación de calle

| | |
|---------------------------------------|--|
| IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE | |
| FECHA DE SOLICITUD | |
| FECHA DE TOMA DE MUESTRA | |
| RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA | |