

# SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

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

## EXAMEN SOLICITADO PARA (Marque solo uno):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pesquisa de Caso Presuntivo de Tuberculosis (CPT)         | <input type="checkbox"/> Control de tratamiento, mes N°: _____   |
| <input type="checkbox"/> Persistencia de síntomas (CPT con examen previo negativo) | <input type="checkbox"/> Sospecha clínica (sin criterios de CPT) |
| <input type="checkbox"/> Sospecha de Micobacteria no tuberculosa (MNT)             |  |

## IDENTIFIQUE GRUPOS VULNERABLES (Marque todos los que correspondan)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años          | <input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas                   | <input type="checkbox"/> Inmunosupresión (cuál): _____                   |
| <input type="checkbox"/> Extranjero/a              | <input type="checkbox"/> Pueblo indígena                  | <input type="checkbox"/> Otras poblaciones cerradas (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Contacto de TB-Sensible   | <input type="checkbox"/> Privado/a de libertad            | <input type="checkbox"/> Otro grupo (especificar): _____                 |
| <input type="checkbox"/> Contacto de TB-Resistente | <input type="checkbox"/> Personal de salud                |  |
| <input type="checkbox"/> PV VIH                    | <input type="checkbox"/> Trabajador/a expuesto/a a sílice |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Situación de calle               |  |

## Si marcó CPT, indique si presenta alguno(s) de los siguientes síntomas:

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre       | <input type="checkbox"/> Sudoración nocturna            |
| <input type="checkbox"/> Baja de peso | <input type="checkbox"/> Esputo con sangre (hemoptisis) |

## ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO (Marque solo uno):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caso nuevo (sin tratamiento previo) | <input type="checkbox"/> Previamente tratado, pérdida de seguimiento |
| <input type="checkbox"/> Sospecha de fracaso de tratamiento  | <input type="checkbox"/> Previamente tratado, recaída                |

## SEÑALE EL TIPO DE MUESTRA (Marque solo uno):

- |  |  |                                     |                                     |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Esputo (2 muestras seriadas)                          | Líquido:                                 | Tejido:                             | Orina:                              |
| <input type="checkbox"/> Lavado broncoalveolar                                 | <input type="checkbox"/> Cefalorraquídeo | <input type="checkbox"/> Ganglionar | <input type="checkbox"/> 1° muestra |
| <input type="checkbox"/> Aspirado bronquial                                    | <input type="checkbox"/> Pleural         | <input type="checkbox"/> Óseo       | <input type="checkbox"/> 2° muestra |
| <input type="checkbox"/> Contenido gástrico                                    |  | <input type="checkbox"/> Pleural    | <input type="checkbox"/> 3° muestra |
| <input type="checkbox"/> Deposición  |  |                                     |                                     |
| <input type="checkbox"/> Otros líquidos, tejidos o sangre (especificar): _____ |  |                                     |                                     |

NOMBRE Y RUN DEL SOLICITANTE	
FECHA DE SOLICITUD	
FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA	
RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA	