



## 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 1º Muestra

Lavado bronco alveolar       Tejido ganglionar       Orina 2º Muestra

Aspirado bronquial       Tejido óseo       Orina 3º 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

<b>IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE</b>	
<b>FECHA DE SOLICITUD</b>	
<b>FECHA DE TOMA DE MUESTRA</b>	
<b>RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA</b>	