



Laboratorio Nacional de Referencia

lab.bacteriologico@chlaep.org.uy - 2400 1444 - 2409 8489 int. 235 / Fax: 2403 1975

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXAMEN DE TUBERCULOSIS

1 SOLICITA

Institución / Servicio:

Fecha: / /

Solicitante:

Firma:

Sello:

2 PACIENTE

Documento de identidad:

Fecha de nacimiento:

Nombre completo:
(nombres y apellidos)

Sexo: F M

Telefono/celular 1:

Telefono/celular 2:

Departamento:

3 PRUEBA SOLICITADA

Baciloscopía Xpert MTB/RIF Ultra Cultivo ADA Identificación de Cepa

4 MOTIVO DE LA PRUEBA

Diagnóstico Sintomático respiratorio Sospecha micobacteria no tuberculosa Sospecha *M.bovis*.

Seguimiento Mes de tratamiento ____ Fracaso

Pesquisa PPL CNR/PPL6 PPL Otras Cárceles Otros _____

5 ANTECEDENTES

Previamente tratado Pérdida seguimiento Presuntivo TB-RR/MDR Contacto con caso de TB

Privado de libertad Privado de libertad con Rx patológica Instituciones Cerradas(Refugios / Hogares)

Trabajador de la Salud Migrante VIH Inmunosuprimidos Embarazo

Otro (especificar) _____

6 MUESTRAS

Número	Fecha de toma	Material	Observaciones
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____

Instructivo para completar el formulario de solicitud de examen de Tuberculosis

Atención: es imprescindible completar todos los datos solicitados

SOLICITA

- **Institución/Servicio:** Escribir el nombre de la institución y servicio. Fecha: Fecha de realizada la solicitud.
- **Nombre, firma y sello del solicitante:** Escribir el nombre completo, firma y sello de la persona que solicita exámenes.

PACIENTE

- **Documento de identidad:** Para cédula uruguaya escribir el número con el dígito verificador. Para otros documentos se deberá indicar tipo de documento (documento extranjero, pasaporte, otro) y número de documento correspondiente.
- **Nombre del paciente:** Escribir el nombre completo del paciente (Nombres, Apellidos).
- **Fecha de nacimiento:** Escribir la fecha de nacimiento del paciente (DD/MM/AAAA).
- **Sexo:** Marcar según corresponda el sexo del paciente (F: Femenino, M: Masculino).
- **Teléfono/Celular 1:** Ingrese un teléfono de contacto del paciente.
- **Teléfono/Celular 2:** Ingrese un teléfono alternativo de contacto del paciente.
- **Departamento:** Ingrese el departamento donde reside el paciente.

PRUEBA SOLICITADA:

- **Marcar según corresponda:** Baciloscopía, Xpert MTB/RIF Ultra, Cultivo, ADA y/o identificación de cepa.

MOTIVO DE PRUEBA:

Indicar si la muestra corresponde a la realización de un diagnóstico o al seguimiento de un paciente en tratamiento.

- **Diagnóstico:** Se solicita ante sospecha de tuberculosis (TB) clínica (síntomas respiratorios, sudoración nocturna, pérdida de peso) y/o radiología compatible. Si el paciente es sintomático respiratorio marcar en la casilla correspondiente.
 - **Sintomático Respiratorio:** Es toda persona que presenta tos y expectoración por más de 15 días.
 - Si el paciente presente factores de riesgo para enfermedad por micobacterias no tuberculosas (inmunosupresión, bronquiectasias, fibrosis quística) o *M. bovis* (trabajadores de frigoríficos, veterinarios) marcar la casilla correspondiente.
- **Seguimiento:** Si corresponde a un seguimiento, indicar el mes de tratamiento en que se encuentra o si corresponde a un fracaso de tratamiento.
 - **Fracaso:** Marcar solo si el paciente posee una cultivo de expectoración positivos en el mes 4 o posteriores de tratamiento.
- **Pesquisa:** Elegir entre "CNR/PPL6", "Otras Cárceles" y "Otros". Para los casos que no sean PPL (ELEPEM, Institutos de Enseñanza, etc), se deberá marcar "Otros". Al seleccionar una de las cárceles se marcarán de forma predeterminada en "Prueba Solicitada" los estudios que se realizarán en el LNR de acuerdo a las directivas vigentes. En caso de "Otros" deberán indicar los estudios correspondientes.

ANTECEDENTES:

Marcar todos los casilleros que correspondan a antecedentes del paciente:

- **Previamente tratado:** Paciente que ha recibido 1 mes o más de los medicamentos anti-TB en el pasado.
- **Pérdida en el seguimiento:** Paciente con diagnóstico de TB que no inició tratamiento o interrumpió el tratamiento durante 1 mes o más.
- **Presuntivo TB-RR/MDR:** Se sospecha TB resistente a rifampicina (RR) o multidrogorresistente (MDR) en contactos de pacientes RR o MDR y TB en personas procedentes de países con alta tasa de MDR.
- **Contacto de casos con TB:** toda persona que ha estado en contacto cercano con un paciente con diagnóstico de TB.
- En caso de que corresponda, marcar el o los grupos de riesgo o vulnerabilidad en que se encuentra el paciente (Privado de libertad, Privado de libertad con Rx patológica, trabajador de la salud, migrante, VIH, residentes en instituciones cerradas (refugios, hogares), inmunosuprimidos, embarazo, otro).
- En caso de marcar la opción **OTRO**, se deberá especificar cuál es el grupo de riesgo o vulnerabilidad que presenta.

MUESTRAS

- Indique la fecha de toma de la muestra, el material de la misma y observaciones (en caso de que corresponda).

Laboratorio Nacional de Referencia

lab.bacteriologico@chlaep.org.uy - 2400 1444 - 2409 8489 int. 235 / Fax: 2403 1975

Avda.18 de julio 2175 -Montevideo 11200Uruguay

FORM. 026.1 – CHLA-EP / www.tbsoft.uy/solicitud.pdf