



CHLA-EP

COMISIÓN HONORARIA DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA Y ENFERMEDADES PREVALENTES
LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA

Solicitud de examen de Tuberculosis

SOLICITA

..... /

Institución / Servicio Fecha

Solicitante Firma Sello

PACIENTE

..... /

Documento identidad Nombre completo Fecha nacimiento Sexo F M

Dirección / esquina Localidad Departamento

Teléfono / celular Servicio de Salud

PRUEBA SOLICITADA*

- Baciloscopia Xpert MTB/RIF Cultivo ADA Sensibilidad a medicamentos Tipificación

* Se realizarán siguiendo las normas del Programa Nacional de Tuberculosis.

MOTIVO DE LA PRUEBA

- Diagnóstico** Sintomático respiratorio Contacto de caso con TB Presuntivo TB-RR / MDR
- Seguimiento** Mes de tratamiento Fracaso
- Previamente tratado TB** Recaída Pérdida en el seguimiento Desconocido

GRUPO DE RIESGO O VULNERABILIDAD

- Diabetes EPOC VIH Inmunosuprimido Trabajador salud Privado de libertad Indigente Migrante
- Alcohólico Drogodependiente Tabaquismo Embarazo Otro (especificar)

MUESTRAS

Nº	Fecha de toma	Material	Observaciones
.....
.....
.....
.....

Instructivo para completar el formulario de solicitud de examen de Tuberculosis

Sintomático Respiratorio (SR): Es toda persona que presenta tos y expectoración por más de 15 días.

Atención: es imprescindible completar todos los datos solicitados

SOLICITA

Institución/Servicio: Escribir el nombre de la institución y servicio.

Nombre, firma y sello del solicitante: Escribir el nombre y la firma de la persona que está solicitando la prueba y el sello de la institución correspondiente.

Fecha de realizada la solicitud.

PACIENTE

Documento de identidad: Para cédula uruguaya escribir el número con el dígito verificador. Para otros documentos indicar tipo y documento.

Nombre del paciente: Con letra legible, escribir el nombre completo del paciente.

Fecha de nacimiento: Escribir la fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) del paciente.

Sexo: Marcar según corresponda el sexo del paciente.

Dirección: Colocar la dirección completa del paciente.

Localidad: Indicar la localidad (ciudad, pueblo, barrio).

Departamento: Indicar el departamento.

Teléfono/Celular: Ingrese el teléfono de contacto del paciente

PRUEBA SOLICITADA: Verificar el tipo de prueba que se está solicitando y marcar la que corresponda (baciloscopía, Xpert MTB/RIF, cultivo, ADA, sensibilidad a medicamentos o tipificación) .

MOTIVO DE PRUEBA: Verificar según corresponda. Si la muestra enviada corresponde a un paciente **diagnóstico, seguimiento de tratamiento o previamente tratado**. En caso de que sea un paciente **diagnóstico**, consignar si el paciente es sintomático respiratorio, contacto de caso con TB, presuntivo de TB resistente a rifampicina (RR) o presuntivo de TB multidrogorresistente (MDR). Si el motivo de la prueba es para **seguimiento**, indicar el **mes** de tratamiento en que se encuentra el paciente o si es un fracaso de tratamiento. En caso que el paciente sea **previamente tratado**, indicar si corresponde a una recaída, pérdida de seguimiento o se desconoce.

GRUPO DE RIESGO O VULNERABILIDAD: Marcar el o los grupos de riesgo o vulnerabilidad en que se encuentra el paciente.

MUESTRAS. Indique el número, la fecha de recepción, material y observaciones de cada muestra.

Recaída: Paciente previamente tratado por TB con diagnóstico presuntivo de TB recurrente, que completó su tratamiento.

Fracaso: Paciente con TB cuya baciloscopía o cultivo de esputos es positivo en el mes 5 o posterior durante el tratamiento.

Pérdida en el seguimiento: Paciente con TB que no inició tratamiento o interrumpió el tratamiento durante 2 meses consecutivos o más.

TB: Tuberculosis

TB RR: Tuberculosis resistente a la rifampicina

TB MDR: Tuberculosis multidrogorresistente.