



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

..... / / ..... Sexo  
Documento identidad ..... Nombre completo (nombres, apellidos) ..... Fecha nacimiento ..... F  M

.....  
Teléfono / celular 1 ..... Teléfono / celular 2 ..... Departamento

### PRUEBA SOLICITADA

Baciloscopía       Xpert MTB/RIF       Cultivo       ADA

### MOTIVO DE LA PRUEBA

Diagnóstico       Sintomático respiratorio

Seguimiento      Mes de tratamiento .....       Fracaso

### ANTECEDENTES

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

Privado de libertad       Trabajador de la Salud       Migrante       Instituciones Cerradas (Refugios / Hogares)

VIH       Inmunosuprimidos       Embarazo       Otro (especificar) .....

### MUESTRAS

Nº	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, Cultivo y/o ADA.

**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.

- **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.

**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, 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).