

SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS

NOMBRES:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	
RUT/ RUT PROVISORIO O PASAPORTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO:
ESTABLECIMIENTO:	UNIDAD:	SECTOR:	
DOMICILIO:			TELÉFONO:

EXAMEN SOLICITADO PARA:

Pesquisa
 Control de Tratamiento
 N° Mes
 Persistencia de síntomas

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO

Caso nuevo
 Previamente tratado, recaída.
 Previamente tratado, pérdida de seguimiento.

SEÑALE EL TIPO DE MUESTRA

<input type="checkbox"/> Esputo o Expectoración	<input type="checkbox"/> Líq. Pleural	<input type="checkbox"/> Orina 1° Muestra
<input type="checkbox"/> Lavado bronqueoalveolar	<input type="checkbox"/> Tejido ganglionar	<input type="checkbox"/> Orina 2° Muestra
<input type="checkbox"/> Aspirado bronquial	<input type="checkbox"/> Tejido óseo	<input type="checkbox"/> Orina 3° Muestra
<input type="checkbox"/> Contenido gástrico	<input type="checkbox"/> Tejido pleural	
<input type="checkbox"/> Líq. Cefalorraquídeo		
<input type="checkbox"/> Otros líquidos o tejidos (<i>especificar</i>):		

IDENTIFIQUE GRUPOS VULNERABLES

<input type="checkbox"/> Adulto Mayor	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Inmunosupresión
<input type="checkbox"/> Extranjero	<input type="checkbox"/> Alcohol / Drogas	<input type="checkbox"/> Situación calle
<input type="checkbox"/> Contacto TB-Sensible	<input type="checkbox"/> Pueblo indígena	<input type="checkbox"/> Trabajador expuesto a sílice
<input type="checkbox"/> Contacto TB-Resistente	<input type="checkbox"/> Persona privada de libertad	<input type="checkbox"/> Otras poblaciones cerradas
<input type="checkbox"/> Coinfección retroviral	<input type="checkbox"/> Personal de salud	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Otros grupos (<i>especificar</i>)
		

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE	
FECHA DE SOLICITUD	
FECHA DE TOMA DE MUESTRA	
RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA	