

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD**  
**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**  
**DIRECCION NACIONAL DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL / ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS**

**SOLICITUD PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y CONTROL DE TUBERCULOSIS**

Institución: _____	Zona: _____	Distrito: _____	Establecimiento de salud: _____	Fecha de toma de muestra: _____
N° de teléfono y correo electrónico del establecimiento de salud solicitante: _____			Fecha de recepción de muestra en el laboratorio procesador: _____	
Apellidos y nombres del caso presuntivo/afectado: _____		Auto identificación étnica: _____	Edad: _____	Sexo: _____
		Documento de Identidad: _____		
Nacionalidad: _____	Dirección domiciliar y N° de teléfono del caso presuntivo/afectado: _____			
Provincia del caso presuntivo/afectado: _____	Cantón del caso presuntivo/afectado: _____		Parroquia del caso presuntivo/afectado: _____	
Consulta Externa ( ) Hospitalización ( ) Emergencia ( ) Especialidad: _____			Consultorio ( ) Especialidad: _____	

**TIPO DE MUESTRA**

PULMONAR: <input type="checkbox"/>	EXTRAPULMONAR: <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE EL TIPO DE MUESTRA: _____
------------------------------------	---	---------------------------------------

**TIPO DE USUARIO**

SIN ANTECEDENTE DE TB / CASO NUEVO: <input type="checkbox"/>	RECAÍDA: <input type="checkbox"/>	FRACASO: <input type="checkbox"/>	PÉRDIDA EN EL SEGUIMIENTO RECUPERADO: <input type="checkbox"/>	OTROS: <input type="checkbox"/>
CONTACTO TBR: <input type="checkbox"/>	CONTACTO DE FALLECIDO CON TB: <input type="checkbox"/>	TALENTO HUMANO EN SALUD: <input type="checkbox"/>	PPL: <input type="checkbox"/>	RESIDENTES DE ZONAS ENDEMICAS DE TB: <input type="checkbox"/>
RESIDENTES DE ALBERGUES / HABITANTES DE CALLE: <input type="checkbox"/>	PERSONAS CON ADICCIONES O PERTENECIENTES A CENTROS DE ATENCIÓN DE ESTAS PATOLOGÍAS: <input type="checkbox"/>	IRREGULARIDAD EN LA TOMA DEL TRATAMIENTO: <input type="checkbox"/>	REVERSIÓN: <input type="checkbox"/>	BK+ AL 2DO MES: <input type="checkbox"/>
EMBARAZO: <input type="checkbox"/>	PVV: <input type="checkbox"/>	DIABETES: <input type="checkbox"/>	OTRAS COMORBILIDADES (ESPECIFICAR): <input type="checkbox"/>	SOSPECHA DE MENINGITIS TB: <input type="checkbox"/>
SOSPECHA TB EXTRA PII MONAR: <input type="checkbox"/>	ALTA SOSP.CLÍNICA Y/O RADIOLOGICA CON BK -: <input type="checkbox"/>	CONDICIONES ESPECIALES: <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR: _____	
<b>CRITERIOS PARA LAM:</b>	SIGNOS Y SINTOMAS DE TB: <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD AVANZADA / GRAVEMENTE ENFERMO: <input type="checkbox"/>	CONTAJE DE CD4 (MENOR A 200): <input type="checkbox"/>	

**SOLICITUD PARA DIAGNOSTICO**

BACILOSCOPIA: <input type="checkbox"/>	N° DE BACILOSCOPIA: <input type="checkbox"/>	PCR - XPERT MTB/RIF - MTB/RIF ULTRA: <input type="checkbox"/>	PCR XPERT MTB/XDR: <input type="checkbox"/>	PCR COMO 1ERA PRUEBA DIAGNOSTICA: <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CULTIVO MEDIO SÓLIDO OK: <input type="checkbox"/>	CULTIVO MEDIO LIQUIDO: <input type="checkbox"/>	PROPORCIONES 1ERA LINEA: <input type="checkbox"/>	PROPORCION ES 2DA LINEA: <input type="checkbox"/>			
MGIT 1ERA LINEA: <input type="checkbox"/>	MGIT 2DA LINEA: <input type="checkbox"/>	IDENTIFICACIÓN DE MICOBACTERIAS (TIPIFICACIÓN): <input type="checkbox"/>	LAM: <input type="checkbox"/>	LAM COMO 1ERA PRUEBA DIAGNOSTICA: <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
LPA 1ERA LINEA: <input type="checkbox"/>	LPA 2DA LINEA: <input type="checkbox"/>	ADA: <input type="checkbox"/>				

**SOLICITUD PARA CONTROL**

BACILOSCOPIA: <input type="checkbox"/>	MES DE TTO: _____	CULTIVO MEDIO SÓLIDO OK: <input type="checkbox"/>	MES DE TTO: _____	CULTIVO LIQUIDO: <input type="checkbox"/>	MES DE TTO: _____
TB SENSIBLE: <input type="checkbox"/>	TB RESISTENTE: <input type="checkbox"/>	TIPO DE RESISTENCIA: <input type="checkbox"/>	ESQUEMA DE TRATAMIENTO: _____		

**NOMBRES, APELLIDOS Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DEL EXAMEN**

**OBSERVACIONES / DATOS CLINICOS ADICIONALES (OPCIONAL):** \_\_\_\_\_

**RESULTADO DEL ANÁLISIS (LLENADO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO)**

Fecha de recepción de muestra: _____	N° de muestra: _____	Número Correlativo: _____	Apariencia macroscópica: _____	RESULTADO: _____	Fecha de resultado: _____
<b>OBSERVACIONES</b> _____					
Nombres y apellidos del técnico: _____			Validado por el Líder de laboratorio: _____		

Interpretación de Resultados	Negativo	N° BAAR	+	++	+++
Baciloscopia	No se encuentran BAAR en 100 campos microscópicos	1 a 9 BAAR en 100 campos microscópicos	10 a 99 BAAR en 100 campos microscópicos	1 a 10 BAAR por campo en 50 campos microscópicos	mas de 10 BAAR por campo en 20 campos microscópicos