

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN 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: _____
Nº de teléfono o 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 domiciliaria y Nº 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: EXTRAPULMONAR: 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 ENDÉMICAS 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"/>	PPV: <input type="checkbox"/>	DIABETES: <input type="checkbox"/>	OTRAS COMORBILIDADES (ESPECIFICAR): <input type="checkbox"/>	SOSPECHA DE MENINGITIS TB: <input type="checkbox"/>
SOSPECHA TB EXTRAPULMONAR: <input type="checkbox"/>	ALTA SOSP CLÍNICA Y/O RADIOLÓGICA CON BK+: <input type="checkbox"/>	CONDICIONES ESPECIALES: <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR: _____	
CRITERIOS PARA LAM: <input type="checkbox"/>	SÍGNOS 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 DIAGNÓSTICO

BACILOSCOPIA: <input type="checkbox"/>	Nº 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 DIAGNÓSTICA: <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"/>	PROPORCIONES 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 DIAGNÓSTICA: <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 CLÍNICOS 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: _____

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos del técnico: _____ Validado por el Líder de laboratorio: _____

Interpretación de Resultados	Negativo	Nº BAAR	+	++	+++
Baciloscopía	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