

SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS

| | | |
|------------------------|----------------------------|-------------------------|
| NOMBRES | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| | | |
| RUT | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD |
| | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> Líq. Pleural | <input type="checkbox"/> Orina 1° Muestra |
| <input type="checkbox"/> Lavado broncoalveolar | <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"/> Mayor de 65 años | <input type="checkbox"/> Alcohol / Drogas | <input type="checkbox"/> Trabajador expuesto a sílice |
| <input type="checkbox"/> Extranjero | <input type="checkbox"/> Pueblo indígena | <input type="checkbox"/> Otras poblaciones cerradas (<i>especificar</i>): |
| <input type="checkbox"/> Contacto TB-Sensible | <input type="checkbox"/> Persona privada de libertad | |
| <input type="checkbox"/> Contacto TB-Resistente | <input type="checkbox"/> Personal de salud | |
| <input type="checkbox"/> PVIH | <input type="checkbox"/> Inmunosupresión | <input type="checkbox"/> Otro grupo (<i>especificar</i>): |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Situación de calle | |

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