

# Solicitud de estudios bacteriológicos para TB

## Datos del paciente

Nombre y Apellido ..... HC.....  
DNI.....FN ...../...../.....Edad.....Sexo M  F   
Nacionalidad.....Domicilio.....  
Localidad.....Partido/Dto..... Provincia.....  
País de residencia anterior.....Teléfono.....  
Tratamiento previo para la TB SI  NO   
Servicio que deriva la muestra.....Fecha...../...../.....

## Solicitud de estudios

BACILOSOPIA

Para diagnóstico  Muestra 1°  2°  3°  ....

Para control de tratamiento  Mes de tratamiento.....

Muestra de.....Resultado de la baciloscopía

CULTIVO

Sintomático respiratorio con dos o mas baciloscopías de esputo negativas

Enfermedad extrapulmonar

Otro  Describir.....

CULTIVO Y PRUEBA DE SENSIBILIDAD  GENEXPERT (PCR)  TB-LAM (ORINA)

Retratamiento : Abandono  Fracaso  Recaída

Personal de salud

Persona privada de la libertad

Contacto de paciente con TB resistente a drogas

Inmunocomprometido

Diabético

Niño

Adicto al alcohol y/o drogas (con baciloscopía positiva o dos baciloscopías negativas)

Baciloscopía de esputo positiva después de finalizado el 2° mes de tratamiento

Otro  VIH +  Sospecha de micobacteriosis Firma

### SI LA MUESTRA CORRESPONDE A UN MENOR DE EDAD ENVIAR LOS SIGUIENTES DATOS:

Nombre y apellido padre/madre/tutor.....

DNI.....FN...../...../.....