

SOLICITUD DE ESTUDIOS BACTERIOLÓGICOS DE TUBERCULOSIS

DATOS DEL PACIENTE	
--------------------	--

Apellido y Nombres: H. C. N°:

Documento: Fecha de nacimiento: / / Edad: Sexo: F ☐ M ☐

Nacionalidad: Domicilio:

Localidad: Partido/Dpto.: Provincia:

País de residencia anterior: Teléfono:

Tratamiento previo para tuberculosis: SI ☐ NO ☐

Servicio que deriva la muestra: Fecha: / /

SOLICITUD DE ESTUDIOS	
-----------------------	--

BACILOSCOPÍA ☐

Para diagnóstico: ☐ Muestra: 1^{ra} ☐ 2^{da} ☐ ☐

Para control de tratamiento: ☐ Mes de tratamiento:

Muestra de: Resultado de la baciloscopia:

CULTIVO	

Sintomático Respiratorio con dos ó más baciloscopias de esputo negativas: ☐

Otro: ☐ Describir: _____

Otro: ☐ Describir: _____

CULTIVO Y PRUEBA DE SENSIBILIDAD ☐

☐ Retratamiento: ☐ Abandono☐ Retratamiento. ☐ Abandono
☐ Fracaso☐ Recaída☐ Personal de salud☐ Privado de la libertad☐ Contacto de paciente con TB resistente a las drogas☐ Inmunocomprometido☐ Diabético☐ Niño☐ Adicto al alcohol y/o drogas (con baciloscopia positiva o con dos baciloscopias negativas)

☐ Baciloscopia de esputo positiva despues de finalizado el 2^{do} mes de tratamiento

☐ Otro:

☐ **Other:**

Solicitante del o los estudio/s: Firma:

SOLICITUD DE SEROLOGÍA PARA VIH

Fecha: / / Servicio:

[illegible]

☐ Sexo Nombre y apellido Fecha de nacimiento

Embarazo: SI ☐ NO ☐

Firma del profesional: Matrícula:

Consentimiento serología VIH y estudios anónimos

Consentimiento serología VIH y estudios anónimos

Consentimento Seriale e Privacy

[illegible]

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO

DATOS DEL PACIENTE

- Apellido y Nombres: Los que constan en el documento de identidad.
- H. C. Nº: Número de historia clínica.
- Documento: Tipo y número de documento de identidad.
- Fecha de nacimiento: La que figura en el documento de identidad.
- Edad: Años cumplidos al momento de la solicitud de la muestra.
- Sexo: Marcar una cruz en el casillero F si es femenino o en el M si es masculino.
- Nacionalidad: La que figura en el documento de identidad.
- Domicilio: Calle y número de residencia del paciente. Si se encuentra en una unidad carcelaria u otra institución cerrada, indicar nombre y ubicación.
- Localidad: Ciudad, región, pueblo, paraje.
- Partido/Dpto.: Según la provincia en la que se ubica la localidad de residencia del paciente.
- Provincia: Nombre de la provincia a la que pertenece la localidad de residencia del paciente.
- País de residencia anterior: Nombre del país en el que residió con anterioridad, si corresponde.
- Teléfono: Fijo y/o celular con código de área.
- Tratamiento previo para tuberculosis: Marcar una cruz en el casillero SI (si el paciente recibió tratamiento completo o incompleto para tuberculosis con anterioridad a la solicitud de la muestra) o NO (si el paciente no recibió tratamiento antituberculoso previo a la muestra).
- Servicio que deriva la muestra: Nombre y dirección del servicio público o privado que envía la muestra (hospital, centro de salud, sistema penitenciario, obra social, clínica, sanatorio, otro).
- Fecha: Día, mes y año en que se solicita el estudio.

SOLICITUD DE ESTUDIOS

- **BACILOSCOPIA:** Marcar una cruz si se solicita baciloscopia.
 - Para diagnóstico: Marcar una cruz si la muestra es para diagnóstico.
 - Muestra: Marcar una cruz en el casillero de 1^{ra} o 2^{da} según corresponda. Si el número es posterior, colocar la cruz en el siguiente y escribir el Nº correspondiente.
 - Para control de tratamiento: Marcar una cruz si se trata de una muestra para control del tratamiento.
 - Mes de tratamiento: Escribir el número del mes de tratamiento al que corresponde la muestra.
 - Muestra de: Nombrar el tipo de muestra para la que se solicita el estudio bacteriológico.
 - Resultado de la baciloscopia: Registrar el resultado de acuerdo a la escala normada para la Red Nacional de Laboratorios de Bacteriología de la Tuberculosis.
- **CULTIVO:** Marcar una cruz si se debe cultivar la muestra.
 - Sintomático respiratorio con dos o más baciloscopias de esputo negativas: Marque una cruz en el casillero si este es el motivo de la solicitud del estudio.
 - Enfermedad extrapulmonar: Marque una cruz si sospecha tuberculosis extrapulmonar.
 - Otro: Marque una cruz en este casillero si el motivo es cualquier otro.
 - Describir: Precisar el motivo.
- **CULTIVO Y PRUEBA DE SENSIBILIDAD:** Marcar una cruz si se solicita cultivo y prueba de sensibilidad.
 - Marque el motivo por el cual se la solicita. Si indicó Retratamiento, especifique a qué categoría de retratamiento corresponde: Abandono, fracaso o recaída. Si el motivo no está listado, marque una cruz en Otro y precise la causa.
 - Solicitante del o los estudio/s: Nombre y apellido de la persona que solicita el o los estudio/s.
 - Firma: De la persona que solicita.

SOLICITUD DE SEROLOGÍA PARA VIH

- Fecha: Día, mes y año en que se solicita el estudio.
- Servicio: Nombre y dirección del servicio público o privado que envía la muestra (hospital, centro de salud, sistema penitenciario, obra social, clínica, sanatorio, otro).
- Código del Paciente: En la casilla correspondiente a Sexo escriba M (masculino) o F (femenino); en la correspondiente a Nombre y Apellido escriba la primera dos letras del nombre y la primera dos letras del apellido y en las de Fecha de nacimiento el día, el mes (si alguno de los dos datos es de un dígito, completar el primer casillero con el número 0) y el año (anotar los cuatro dígitos).
- Embarazo: Marcar una cruz en SI (si la persona está embarazada) o en NO (si no existe embarazo).
- Firma del profesional: Del profesional que solicita la muestra.
- Matrícula: Del profesional que solicita la muestra.
- **CONSENTIMIENTO SEROLOGÍA VIH Y ESTUDIOS ANÓNIMOS**
 - Firma del paciente: El paciente debe firmar para acreditar que está informado y da consentimiento al estudio.
 - Código: Transcribir el código del paciente.