



L. N. S.

**SOLICITUD CULTIVO / PRUEBAS DE SENSIBILIDAD FENOTIPICA Y GENOTIPICA  
 PARA MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS**

Nombres y Apellidos del paciente:	DPI:
-----------------------------------	------

Edad (años):	Fecha de nacimiento:	Sexo:	femenino <input type="checkbox"/>	masculino <input type="checkbox"/>
--------------	----------------------	-------	-----------------------------------	------------------------------------

**¿Cuáles de estas pruebas le ha realizado al paciente? Anote una X en los resultados obtenidos**

**Baciloscopias:** Neg  1 a 9  +  ++  +++  **Genotype: MTBDRplus® Resistencia** R  H  **MTBDRsl® Resistencia** F  A

**GeneXpert MTB/RIF: M. tuberculosis** Detectado  No detectado  **Resistencia a Rifampicina** Detectado  No detectado  Indeterminado

<b>Tipo de Muestra</b> Espudo: <input type="checkbox"/> Otra: _____ Fecha de recolección: _____	<b>Motivo de la prueba</b> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/>	<b>Tipo de caso</b> Caso nuevo: <input type="checkbox"/> Antes tratado: <input type="checkbox"/>	<b>Esquema de tratamiento</b> TB sensible <input type="checkbox"/> TB-MDR acertado <input type="checkbox"/> TB-MDR prolongado <input type="checkbox"/> Individualizado <input type="checkbox"/>
---	--	--	---

**Si es Control de tratamiento indique:** Número de mes:  Resultado de BK: Neg  1 a 9  +  ++  +++

**¿Qué prueba solicita?**

GeneXpert MTB/RIF:  Cultivo:  Genotype: MTBDRplus®  Genotype: MTBDRsl®  PSD Fenotípica:

**Motivo para referir la prueba: Debe indicar al menos uno**

SR con dos o más baciloscopías negativas, estudio y tratamiento de otras patologías sin mejoría. <input type="checkbox"/>	Población indígena <input type="checkbox"/>	TB infantil (< 10 años) <input type="checkbox"/>
Paciente bacteriológicamente confirmado (BK+) prueba de sensibilidad inicial <input type="checkbox"/>	Personal de salud <input type="checkbox"/>	Persona con VIH <input type="checkbox"/>
Población vulnerable (personas con adicciones, en condición de calle, migrantes, desnutridos, adultos mayores de 60 años) <input type="checkbox"/>	Privados de libertad <input type="checkbox"/>	Diabético <input type="checkbox"/>
Caso BK (+) del 2do mes en adelante, indique mes _____	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	Condición de egreso <input type="checkbox"/>
		Sospecha de micobacterias NO tuberculosas <input type="checkbox"/>

**Control de tratamiento TB/DR, marque tipo de resistencia y el mes:**

H  Z  E  Mes No. \_\_\_\_\_

RR  Mes No. \_\_\_\_\_ MDR  Mes No. \_\_\_\_\_

XDR  Mes No. \_\_\_\_\_

**Contacto de paciente con fármaco resistencia**

Caso índice resistente a (marque):

R  H  E  S  Z  Kn  Am

Lfx  Ofx  Cs  Eto  Pto  Otros \_\_\_\_\_

**Otra información:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE QUIEN SOLICITA EL EXAMEN**

Servicio: _____	Nombre: _____
Distrito: _____	Área de Salud: _____
Teléfono: _____	Correo electrónico: _____
Fecha de envío: _____	Firma y Sello: _____

R: Rifampicina H: Isoniacida E: Etambutol Z: Pirazinamida S: Estreptomycin Kn: Kanamicina Am: Amikacina Lfx: Levofloxacin Ofx: Ofloxacin Cs: Ciclocerina Eto: etionamida Pto: Protionamida RR: Resistente a Rifampicina MDR: multidrogo resistente XDR: extremadamente drogo resistente