

## Instrucciones

Completar toda la información requerida en el formulario de solicitud preferentemente en computadora o con letra legible.

<b>Sección No. 1: Información del paciente</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Nombres y apellidos del paciente:</b> Con letra legible, escribir el nombre completo del paciente según DPI.</li><li>• <b>DPI:</b> Escribir el número completo con los 13 dígitos.</li><li>• <b>Edad:</b> Escribir la edad del paciente en años.</li><li>• <b>Fecha de nacimiento:</b> Escribir la fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) del paciente.</li><li>• <b>Género:</b> Anotar una X según corresponda el género del paciente.</li></ul>
<b>Sección No. 2: Resultados previos</b>
<p><b>Pruebas realizadas en los últimos 3 meses al paciente:</b> Anotar una X en el resultado obtenido en:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Baciloscopia (seriado de diagnóstico):</b> Anotar el resultado de la baciloscopia en el cual se observó mayor cantidad de bacilos.</li><li>• <b>Genotype 1ra. línea:</b> Anotar una X sobre la letra que corresponde a resistencia a R (Rifampicina) e I (Isoniacida). En el caso de resultados sensibles solo debe marcar una X sobre la palabra 1ra. línea.</li><li>• <b>Genotype 2da. línea:</b> Anotar una X sobre el resultado de la resistencia a F (Fluoroquinolonas) y/o A (Aminoglucósidos/Péptidos cíclicos). Para los resultados sensibles solo debe marcar una X sobre la palabra 2da. línea.</li><li>• <b>GeneXpert® MTB/RIF:</b> Anotar una X si se detectó o no <i>M. tuberculosis</i> y el resultado de resistencia a rifampicina (detectado, no detectado e indeterminado) o marcar una X sobre la palabra GeneXpert® MTB/RIF si se refirió a otro lugar y el resultado está pendiente al momento del envío de la muestra al Laboratorio Nacional de Salud.</li></ul>
<b>Sección No. 3: Información complementaria</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tipo de muestra:</b> Anotar una X si la muestra a enviar corresponde a un <b>Espudo</b> o escriba en <b>Otra</b> si la muestra es un LCR, biopsia, orina, cepa, etc., además de la fecha de recolección de la misma.</li><li>• <b>Motivo de la prueba:</b> Anotar una X si la prueba es indicada para <b>diagnóstico bacteriológico</b> o si el motivo de la prueba es para <b>seguimiento</b> (paciente diagnosticado bacteriológicamente el cual requiere pruebas complementarias).</li><li>• <b>Tipo de Caso:</b> Anotar una X en <b>caso nuevo</b> si su paciente nunca ha sido tratado por TB o ha recibido tratamiento anti TB por menos de un mes o <b>antes tratado</b> si su paciente ha recibido un mes o más de los fármacos anti TB (fracaso, pérdida en el seguimiento, recaída o si es control de tratamiento de TB sensible o TB resistente).</li><li>• <b>Esquema de Tratamiento:</b> Anotar una X en el tratamiento actual del paciente.</li><li>• <b>Si es control de Tratamiento indique:</b> El número de mes de tratamiento y el resultado obtenido en la baciloscopia de control (Si ha tomado tratamiento anti TB por menos de un mes anote cero "0")</li></ul>
<b>Sección No. 4 ¿Qué Prueba Solicita?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Solicitar de acuerdo a la condición del paciente y lo establecido en la guía de tuberculosis TB Sensible y TB resistente.</li><li>• Anotar una X en la prueba que corresponda solicitar: <b>GeneXpert® MTB/RIF, Cultivo, Pruebas de sensibilidad por el método Genotype 1ra. línea, Genotype 2da. línea o PSD Fenotípica e Identificación</b></li></ul>
<b>Sección No. 5 Motivo para referir la prueba</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Anotar una X en por lo menos una de las casillas que indican tipo de caso, grupo de riesgo o vulnerabilidad en que se encuentra el paciente.</li></ul> <p><b>Nota:</b> En el caso de los pacientes que son diagnosticados con GeneXpert® con resistencia a la rifampicina no es necesario indicar ningún motivo, solamente con la información registrada en la sección de pruebas realizadas se asignan las pruebas complementarias.</p>
<b>Sección No. 6: Información TB con fármaco resistencia:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>El cuadro control de tratamiento TB/DR</b> se utiliza para los pacientes que tienen cualquier tipo de resistencia (H, Pz, E; RR; MDR y XDR), en cada caso debe indicar el número de mes de tratamiento del paciente.</li><li>• <b>El cuadro para Contacto de paciente con fármaco resistencia</b> se utiliza para indicar el tipo de resistencia del caso índice.</li></ul>
<b>Sección No. 7: Otra información:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• En este espacio puede indicar cualquier información relevante para la evaluación del paciente. Ejemplo: paciente hospitalizado, mal estado general del paciente, embarazo, etc.</li></ul>
<b>Sección No. 8: Información de quien solicita el examen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Servicio:</b> Escribir el nombre del puesto de salud, centro de salud, hospital o lugar donde se tomó la muestra (Ej. centro preventivo, laboratorio privado, IGSS o unidad externa al ministerio de salud).</li><li>• <b>Distrito:</b> Anotar el distrito que envía la muestra.</li><li>• <b>Área de Salud:</b> Anotar el área de salud que envía la muestra.</li><li>• <b>Nombre y datos del solicitante:</b> Escribir el nombre, correo electrónico, teléfono (celular de preferencia).</li><li>• <b>Fecha de envío:</b> Colocar fecha en la que se realiza el envío de la muestra.</li><li>• <b>Firma y sello:</b> del médico o trabajador de salud, que llena la Solicitud y el sello de la institución correspondiente.</li></ul>



L. N. S.

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

Nombres del Paciente:		Apellidos del Paciente:		DPI:	
Edad (años):	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)			Genero: femenino	masculino

**Pruebas realizadas en los últimos 3 meses al paciente. Anote una X en los resultados obtenidos**

Baciloscopias: Neg  1 a 9  +  ++  +++  Genotype 1ra. Línea Resistencia  R  I 2da. Línea Resistencia  F  A

GeneXpert MTBRIF: *M. tuberculosis* Detectado  No detectado  Resistencia a Rifampicina Detectado  No detectado  Indeterminado

<b>Tipo de Muestra</b> Espuito: <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: 1ra. Línea  Genotype 2da. Línea  PSD  Identificación

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

SR con dos o más baciloscopías negativa, 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+) con menos de 1 mes de tratamiento <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"/>
	TB Extrapulmonar <input type="checkbox"/>	Condición de egreso <input type="checkbox"/>
		Sospecha de MICOBACTERIAS NO tuberculosas <input type="checkbox"/>

Si es caso BK (+) del 2do mes en adelante, indique mes \_\_\_\_\_

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

H  Otro \_\_\_\_\_ Mes No. \_\_\_\_\_

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

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

**Si es contacto de paciente con fármaco resistencia**  
 Caso índice resistente a: (Marque con una X)

R  H  E  Pz  Am  Lfx

Otros \_\_\_\_\_

Otra información: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE QUIEN SOLICITA EL EXAMEN**

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

R: Rifampicina H: Isoniacida E: Etambutol Pz: Pirazinamida Am: Amikacina Lfx: Levofloxacina  
 RR: Resistente a Rifampicina MDR: multidrogo resistente XDR: Extensamente drogo resistente