

Solicitud de pruebas de diagnóstico y seguimiento para el complejo *Mycobacterium tuberculosis* y Micobacterias No Tuberculosas (MNT)

La Dirección del Laboratorio Nacional de Salud, la sección de Micobacteriología y su personal a través del Acuerdo de Confidencialidad e imparcialidad se comprometen a proteger la información NO AUTORIZADA, RESERVADA O CONFIDENCIAL del Paciente, de acuerdo a la Ley (Constitución Política de la República de Guatemala, artículo 24 y Decreto Número 57-2008; Ley de Acceso a la Información Pública, artículos 22 y 23).

1. Datos generales: Coloque X donde corresponda.

Nombres del paciente:		Apellidos del paciente:	
DPI:	Edad (años):	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Antecedentes de tratamiento antituberculosis		Nunca ha tomado <input type="checkbox"/>	Actualmente en Tx <input type="checkbox"/> Menos de 4 semanas <input type="checkbox"/> Más de 4 semanas <input type="checkbox"/>

2. Tipo de muestra

Espito <input type="checkbox"/>	Heces <input type="checkbox"/>	Cepa <input type="checkbox"/>	Otro tipo de muestra:	Fecha de recolección:
---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------	-----------------------

3. Pruebas realizadas en las ÚLTIMAS 4 SEMANAS

Baciloscopia de diagnóstico:	Neg <input type="checkbox"/> 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>	Baciloscopia de control:	Neg <input type="checkbox"/> 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>	No. de Mes:
Prueba de detección de ADN de MTB (Xpert MTB/RIF)		Prueba de detección de resistencia a otros fármacos antiTB (Xpert MTB/XDR)		
TB no detectada <input type="checkbox"/>		TB no detectada <input type="checkbox"/>		
TB detectada, resistencia a R no detectada <input type="checkbox"/>		TB detectada, resistencia a fármacos no detectada <input type="checkbox"/>		
TB detectada, resistencia a R detectada <input type="checkbox"/>		TB detectada, resistencia a fármacos indeterminada <input type="checkbox"/>		
TB detectada, resistencia a R indeterminada <input type="checkbox"/>		TB detectada, resistencia a fármacos detectada* <input type="checkbox"/>		
Inválido, Error, Sin resultado <input type="checkbox"/>		* Indicar fármaco resistente: _____		
Otra PDRm:		Inválido, Error, Sin resultado <input type="checkbox"/>		
Fecha de resultado:		Fecha de resultado:		
Identificación MNT:	Especie aislada:	Fecha de resultado:		

4. ¿Qué prueba solicita?

Xpert MTB/RIF <input type="checkbox"/>	Genotype 1ra. Línea <input type="checkbox"/>	PSF 1ra. Línea <input type="checkbox"/>	Cultivo <input type="checkbox"/>
Xpert MTB/XDR <input type="checkbox"/>	Genotype 2da. Línea <input type="checkbox"/>	PSF 2da. Línea <input type="checkbox"/>	Identificación <input type="checkbox"/>

5. Motivo para referir la prueba: Marque los que correspondan (Al menos uno).

5.1 Persona con TB presuntiva clínicamente, sin riesgos, NO pertenece a población vulnerable, BK negativo. <input type="checkbox"/>	5.6 Para asignar condición de egreso al 5to mes de tratamiento en casos diagnosticados con PDRm o cultivo. <input type="checkbox"/>	5.11 Control de tratamiento en caso confirmado de MNT. <input type="checkbox"/>
5.2 Persona afectada con TB (caso) con BK positivo, como prueba de sensibilidad basal. <input type="checkbox"/>	5.7 Personas con TB presuntiva con antecedente de tratamiento en los 5 años previos y PDRm detectada. <input type="checkbox"/>	5.12 Contacto de caso de TB sensible, con clínica o rayos X sugestivos de TB. <input type="checkbox"/>
5.3 Persona presuntiva de TB menor de 10 años. <input type="checkbox"/>	5.8 Caso en tratamiento de TB sensible con BK positivo al 2do mes <input type="checkbox"/>	5.13 Control de tratamiento para tuberculosis drogoresistente. <input type="checkbox"/>
5.4 Persona con TB presuntiva de población vulnerable, (PPL, adicciones, población indígena, condición de calle, migrante, con desnutrición, mayor de 60 años). <input type="checkbox"/>	5.9 Caso en tratamiento de TB sensible con BK positivo a partir del 3er mes. Indique mes: _____ <input type="checkbox"/>	5.14 Contacto de caso de TB resistente, indicar tipo de resistencia del caso índice: INHr <input type="checkbox"/> RR <input type="checkbox"/> MDR <input type="checkbox"/> Pre-XDR <input type="checkbox"/> XDR <input type="checkbox"/>
5.5 Persona con TB presuntiva con inmunosupresión (VIH, diabetes, enfermedad renal, cáncer, otros). <input type="checkbox"/>	5.10 Sospecha de MNT en casos con BK positivo y PDRm no detectada. <input type="checkbox"/>	Otro fármaco: _____

6. Otra información: Anotar en el siguiente espacio.

--

7. Información de quién solicita el examen

Nombre completo de quién refiere	Servicio
Número de celular	DDRISS
Correo electrónico	Firma y sello
Fecha de envío	