

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 ☐ Masculino
Antecedentes de tratamiento antituberculosis		Nunca ha tomado ☐ Actualmente en Tx ☐ Menos de 4 semanas ☐ Más de 4 semanas ☐	

2. Tipo de muestra

Espuito ☐ Heces ☐ Cepa ☐	Otro tipo de muestra:	Fecha de recolección:
---	-----------------------	-----------------------

3. Pruebas realizadas en las ÚLTIMAS 4 SEMANAS

Baciloscopia de diagnóstico: Neg ☐ 1 a 9 BAAR ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐	Baciloscopia de control: Neg ☐ 1 a 9 BAAR ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐	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 ☐		TB no detectada ☐
TB detectada, resistencia a R no detectada ☐		TB detectada, resistencia a fármacos no detectada ☐
TB detectada, resistencia a R detectada ☐		TB detectada, resistencia a fármacos indeterminada ☐
TB detectada, resistencia a R indeterminada ☐		TB detectada, resistencia a fármacos detectada* ☐
Inválido, Error, Sin resultado ☐		* Indicar fármaco resistente: _____
Otra PDRm: _____		Inválido, Error, Sin resultado ☐
Fecha de resultado:		Fecha de resultado:
Identificación MNT:	Especie aislada:	Fecha de resultado:

4. ¿Qué prueba solicita?

Xpert MTB/RIF ☐	Genotype 1ra. Línea ☐	PSF 1ra. Línea ☐	Cultivo ☐
Xpert MTB/XDR ☐	Genotype 2da. Línea ☐	PSF 2da. Línea ☐	Identificación ☐

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