

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO

DATOS DEL PACIENTE * Campos Obligatorios

- 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, en el M si es masculino o en otro si la persona se percibe no binaria
- 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.
- 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.

ESTUDIOS REQUERIDOS

- Baciloscopia: Marcar una cruz si se solicita baciloscopia.
- Cultivo: Marcar una cruz si se debe cultivar la muestra.
- Prueba de sensibilidad: Marcar una cruz si se solicita prueba de sensibilidad.
- Para diagnóstico: Marcar una cruz si la muestra es para diagnóstico.
- Muestra: Marcar una cruz en el casillero de 1^{ra}, 2^{da} ó 3^{era} según corresponda.
- 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.
- Fecha de toma de muestra: Indicar día, mes y año de la toma de muestra
- Notificación al SISA ID: Completar el número de identificación que corresponde a la notificación del caso en el SISA

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

- 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.
- Tratamiento previo para tuberculosis: Marque 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). Especifique a qué categoría de retratamiento corresponde: Recuperado a la pérdida de seguimiento, Falla de tratamiento, Tratamiento completo o Curado.
- Personal de salud: Marque con una cruz si la persona trabaja en una institución de salud.
- Privado de la libertad: Marque con una cruz si la persona se encuentra privada de su libertad al momento de la toma de muestra
- Contacto de paciente con TB resistente a las drogas: Marque con una cruz si la persona es contacto de paciente con TB resistente a las drogas. Indique a que drogas es resistente el contacto.
- Inmunocomprometido: Marque con una cruz si la persona es inmunocomprometida por cualquier causa (PVVIH,, etc)
- Persona que vive con diabetes: Marque con una cruz si la persona vive con diabetes
- Niño: Marque con una cruz si la persona es menor o igual a 15 años
- Consumo problemático de alcohol y/o drogas: Marque con una cruz si la persona presenta consumo problemático de alcohol y/o drogas
- Otro: Marque una cruz en este casillero 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.
- Fecha de solicitud del o los estudios

SOLICITUD DE SEROLOGIA PARA HIV

- Fecha: Día, mes y año en que se solicita el estudio.
- Servicio: Nombre y dirección del servicio público o privado que envía la muestra
- Código del Paciente: En la casilla correspondiente a Sexo escriba M (masculino) o F (femenino); en 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.

SOLICITUD DE SEROLOGIA PARA HIV CONSENTIMIENTO SEROLOGIA VIH Y ESTUDIOS ANONIMOS

- Firma del paciente: El paciente debe firmar para acreditar que está informado y da consentimiento al estudio.
- Código: Transcribir el código del paciente.

1: Estandarizado por la Red Nacional de Laboratorio de Tuberculosis

