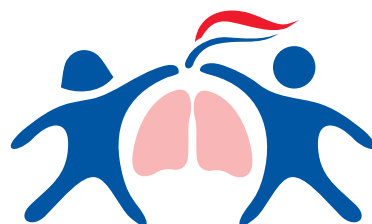




TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
Moronondéha
Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÃ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente



PROGRAMA NACIONAL DE
**Control de la
Tuberculosis**

Formulario 6

Registro de Laboratorio
Bacteriológico



Tte. Cnel. Mauricio Escobar c/ Víctor Hugo.
Barrio Bella Vista
Tel. /Fax: (021) 290 238 / 293 344
E-mail: pnct_py@yahoo.es
Asunción - Paraguay

Formulario 6

Registro de Laboratorio Bacteriológico



PROGRAMA NACIONAL DE
**Control de la
Tuberculosis**

Laboratorio: _____

Responsable: _____

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE REGISTRO DE LABORATORIO BACTERIOLÓGICO.

Formulario N° 6

Consideraciones Generales: El presente formulario debe ser llenado con letra legible y clara, registrando la información en todos los campos solicitados y ejerciendo presión en el llenado para que todas las copias puedan ser utilizadas adecuadamente en la integración y procesamiento de todos los datos solicitados. Los datos registrados en el mismo son de notificación obligatoria.

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

1. Cuando el Personal del Laboratorio realice los estudios solicitados para el Diagnostico de Tuberculosis.
2. Cuando el Personal del Laboratorio realice los Controles de Seguimiento de los casos de Tuberculosis.

Encabezado del Formulario

Región Sanitaria: Anotar el nombre y el código de la Región Sanitaria, en la cual está ubicado el laboratorio de bacteriología. Anotar al lado en **Código**, el número de código correspondiente a la Región Sanitaria.

Distrito: Anotar el nombre donde está ubicado el laboratorio de bacteriología y en **Código** el número de código correspondiente al Distrito.

Establecimiento: Anotar el nombre completo del laboratorio de bacteriología o establecimiento de salud en el cual se realice el estudio bacteriológico. Anotar al lado en **Código**, el número de código correspondiente al servicio de salud.

Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona responsable de realizar los resultados bacteriológicos.

Nro.de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona responsable de realizar los resultados bacteriológicos (línea baja y/o celular).

Periodo del Informe: Anotar dd/mm/aa correspondiente al periodo del informe. (Desde/Hasta)

Nro. de mes: Anotar en números el mes al cual corresponda el informe.

Cuerpo del formulario

N° (columna 1): Anotar los números en forma correlativa de acuerdo al orden en que se examinan las muestras. Inicie con N°1 la primera muestra examinada desde el primer día del inicio del año y continuar correlativamente hasta finalizar el año (31 de diciembre). Por cada material examinado se debe tener un número de orden diferente.

Fecha de Toma de Muestra (columna 2): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de toma de muestra, que se encuentra en el Formulario N° 1.

Fecha de Recepción de Muestra (columna 3): Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la recepción de la muestra en el laboratorio.

N° de la Cédula de Identidad o Carné del Indígena (columna 4): Anotar el número de cédula de identidad ó el número de Carné del indígena. Y en el caso de que no tenga numero de documento asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido seguido por los 6 dígitos de la fecha de nacimiento dd/mm/aa. Ejemplo. José Martínez González- 15 de febrero de 1973. **JM150273**. Si desconoce la fecha de nacimiento se toma el primer día y el mes que fue captado y se resta el año en curso de la edad del paciente. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería **JM010884**.

Nombres y Apellidos (columna 5): Anotar con letra legible el/los Nombre/s y Apellido/s del paciente a quien pertenece la muestra.

Edad (columna 6): Anotar la edad del paciente en años cumplidos.

Sexo (columna 7): Anotar la inicial del sexo del paciente. *M* (masculino) o *F* (femenino).

Población de riesgo (*) (columna 8): Anotar la condición de riesgo. 1. Contacto de Tb. 2. Contacto de TB DR. 3. Privado de libertad. 4. Personal de Salud. 5. Población indígena. 6 Diabetes. 7. PVIH. 8. Situación de calle. 9. Situación de hacinamiento. 10. Migr4ante. 11. No aplica.

Historia de tratamiento previo () (columna 9):** 1. Sí. 2. No. 3. SD.

Servicio de Salud que envía la Muestra (*) (columna 10):** Anotar el **Código** y el especificar el nombre del servicio de salud a quien pertenece la Muestra: 1. MSPyBS (especificar); 2. Hospital de Clínicas; 3. Sanidad Militar (especificar); 4. Sanidad Policial (especificar); 5. IPS (especificar); 6. Penitenciaria (especificar).

Tipo de Muestra (columna 11): Anotar el código según el tipo de muestra. 1. Esputo, 2. LCR, 3. Orina, 4. Secreción (Especificar), 5. Heces, 6. Otros (Especificar)

Aspecto del Esputo (columna 12): Anotar el código según el aspecto del esputo. 1. Saliva; 2. Mucopurulenta; 3. Mucosa; 4. Hemóptico 5. Licuado; 6. Lámina; 7. NA

Baciloscopía de Diagnóstico: En las columnas 13 al 15 se utilizará solo en el caso de Diagnóstico.

1ra. (columna 13): Anotar en la celda superior el **Resultado** de Baciloscopía de la primera muestra. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. En la celda inferior indicar la **Fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

2da. (columna 14): Anotar en la celda superior el **Resultado** de Baciloscopía de la segunda muestra. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. En la celda inferior indicar la **Fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

3er. (columna 15): Anotar en la celda superior el **Resultado** de Baciloscopía de la tercera. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. En la celda inferior indicar la **Fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Baciloscopía de Control

Las columnas 16 y 17 solo se completa en caso de control de los casos de Tuberculosis.

Mes de Tto. (columna 16): Anotar en la diagonal superior el mes de tratamiento en que se encuentra el paciente y en la diagonal inferior el número total de meses de tratamiento. Ejemplo: si el paciente se encuentra en su 3er. Mes de tratamiento, en un esquema sensible de 6 meses, anotar 3/6.

Resultado y Fecha (columna 17): Anotar en la celda superior el **Resultado** de Baciloscopía. NEG = no BAAR (Negativo), (1-9) = número exacto si es 1-9 BAAR/100 campos (paucibacilar), + = 10-99 BAAR/100 campos, ++ = 1-10 BAAR/50 campos, +++ = >10 BAAR/20 campos. En la celda inferior indicar la **Fecha** del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Cultivo.

Resultado y Fecha (columna 18): Anotar en la celda superior el resultado obtenido en el cultivo. NEG = reportado sin crecimiento, (1-9) = <10 colonias (reportar número de colonias), + = 10-100 colonias, ++ = >100 colonias, +++ = innumerables o crecimiento confluyente. Y en la celda **Fecha** indicar la fecha del resultado de la prueba en dd/mm/aa.

Xpert (***) (columna 19):** Resultado y Fecha Anotar en la celda superior el Resultado del Xpert. En la celda inferior, registrar el resultado. **T:** MTB detectado, resistencia a Rifampicina no detectada; **RR:** MTB detectada, resistencia a Rifampicina detectada; **TI:** MTB detectada, resistencia a Rifampicina indeterminada; **N:** MTB no detectada; **I:** inválido.

Observaciones (columna 20): Registrar

Importante. El original debe ser remitido al LCSP, por cuanto se podrá especial cuidado en el registro del mismo. El duplicado, para el PNCT y el triplicado quedará en la Región Sanitaria, el cuadruplicado, en el servicio de salud, para el cargado de los datos en el sistema experto de TB.

Fecha de remisión: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Remisión del Formulario del Nivel Local al Nivel Regional.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.

Fecha de Recepción Nivel Regional: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción del Formulario del Nivel Regional.

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.

Fecha de Recepción PNCT: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción a Nivel Nacional (PNCT).

Fecha de Recepción LCSP: Anotar la fecha día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la Recepción a Nivel Nacional (PNCT).

Firma y Sello: Registrar la firma del responsable y Aclaración de la Firma. Colocar el sello de la institución.



Paraguay
de la gente



Registro de Laboratorio Bacteriológico

Formulario 6

[illegible]

Original: enviar al LCSP

Duplicado: PNCT

Triplicado: Región Sanitaria

Cuadruplicado: Servicio de Salud

Fecha de Recepción LCSP / /

Firma y Sello