

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA SOLICITUD DE ESTUDIOS BACTERIOLÓGICOS DE TUBERCULOSIS (TB). Formulario 1

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. En caso de marcar realizar con una **X**. Los ítems sin dato deben ser cerrados con una línea o raya.

Este Formulario será llenado en los siguientes casos.

1. Cuando el Personal de Salud **capta al Sintomático Respiratorio** (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR a ser examinado. (4.1.1.)
2. En caso de **control en el seguimiento de los casos de TB** en tratamiento (Controles Bacteriológicos). (4.1.2.)

Encabezado del Formulario

Nº. de Orden: Anotar en números correlativos empezando por el 01, que sería el primer SR o caso presuntivo no SR que identifique el servicio en el año. Esto será correlativo hasta finalizar el año. Los controles de tratamiento no llevan número de orden, se debe escribir la palabra control.

Región Sanitaria: Anotar el nombre de la Región Sanitaria en la cual está ubicado el establecimiento de salud. Ej.: Concepción. Anotar al lado en **Código**, el número de código correspondiente a la Región Sanitaria.

Distrito: Anotar el nombre del distrito donde está ubicado el establecimiento de salud y en **Código** el número de código correspondiente al Distrito.

Establecimiento: Anotar el nombre completo del establecimiento de salud en el cual se realice la atención. Anotar al lado en **Código**, el número de código correspondiente al servicio de salud.

Responsable: Anotar nombre y apellido de la persona que completa el Formulario.

Nº. de Teléfono: Anotar el número de teléfono de la persona que completa el Formulario (línea baja y/o celular)

Fecha de Identificación: anotar dd/mm/aa (dd: día, mm: mes y aa: año) en que es identificado el Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR a ser examinado. Este ítem será llenado solo en caso de que se solicite el estudio para Diagnóstico, cerrando con una línea el espacio en caso de controles bacteriológicos durante el tratamiento del caso de TB.

Fecha de Solicitud de Análisis: indicar dd/mm/aa en que se remite el pedido al laboratorio, este campo es de suma importancia para evaluar la respuesta oportuna del laboratorio en cuanto al diagnóstico. Este ítem será llenado en el caso de Diagnóstico o Control Bacteriológico.

Cuerpo del formulario

1. Datos de Identificación

1.1. Documento de Identificación N°: Anotar el número (Nro.) del documento de identificación de la cedula de identidad, en el caso de que no tenga número de documento asignar un Código utilizando las iniciales del primer nombre y primer apellido en mayúscula 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 la edad del paciente del año en curso. Ejemplo: José Martínez González, 30 años, consulta 16 de agosto de 2014 (2014- 30= 1984). La codificación sería **JM010884**.

En el círculo correspondiente debe marcar con una "X" el tipo de documento – sea este CI (Cédula de Identidad) o carné indígena o Código (en el caso que se le asigne un código) según corresponda.

- 1.2. Primer Nombre:** anotar con el primer nombre del paciente.
- 1.3. Segundo Nombre:** anotar el segundo nombre del paciente.
- 1.4. Primer Apellido:** anotar el primer apellido del paciente.
- 1.5. Segundo Apellido:** anotar el segundo apellido del paciente.
- 1.6. Apellido de Casada:** anotar en caso que corresponda el apellido de casada de la paciente, conforme a su documento de identidad, si no es casada cerrar el espacio.
- 1.7. Población Indígena:** marcar con "X" en No Aplica en caso de que el paciente no es indígena, y Aplica, en el caso de ser indígena.
 - 1.7.1. Especificar Etnia:** En el caso que aplique el ítem de Etnia especificar la parcialidad o pueblo indígena al cual pertenece. Ejemplo: *Aché, Avá Guaraní, Ayoreo, Mbya, Maka*, etc.
- 1.8. Fecha de Nacimiento:** anotar la fecha: día, mes y año (dd/mm/aaaa) de nacimiento del paciente. Si desconoce la fecha de nacimiento aplicar el proceso descrito en el 1.1., para ese caso.
- 1.9. Edad:** Anotar la edad del paciente, en años cumplidos.
- 1.10. Sexo:** Marcar con una "X" en el círculo correspondiente al sexo del paciente F (femenino) o M (masculino).
- 1.11. Lugar de Nacimiento:** anotar la ciudad de nacimiento del paciente.
- 1.12. Nacionalidad:** anotar la nacionalidad del paciente.

2. Datos de Residencia Habitual

- 2.1. Departamento:** escribir el nombre del departamento en el que habitualmente reside el paciente.
- 2.2. Distrito /Ciudad:** escribir el nombre del distrito y/o ciudad, en el que habitualmente reside el paciente.
- 2.3. Área:** Marcar con una "X" el círculo correspondiente al área en la que reside el paciente según corresponda: urbana o rural.
- 2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena:** escribir el nombre del barrio, compañía, asentamiento o comunidad indígena en el que reside el paciente.
- 2.5. Calle y Nro. de casa:** anotar el/los nombre/s de la/s calle/s y el Nro. de casa en el que reside el paciente o Nro. de departamento en caso que resida en un edificio, si la calle no tiene nombre cerrar el espacio.
- 2.6. Referencia:** escribir el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio de el/la paciente, como escuelas, canchas, capillas, iglesia, médico naturalista, etc.
- 2.7. Nro. de teléfono:** anotar el número de teléfono (línea baja y/o celular) del paciente ó de algún referente que nos ayude a contactar con el mismo. En este último caso indicar la relación con el paciente.
- 2.8. Penitenciaria:** Marcar con una "X" el círculo *No Aplica*, si el paciente no se encuentra recluido en una penitenciaria y *Aplica* si el paciente se encuentra en algún centro penitenciario, en este caso en el ítem *Especificar* colocar el nombre del centro penitenciario.

3. Clasificación de Riesgo de TB

- 3.1. Población de Riesgo:** marcar con una "X" el/los círculos correspondientes a la situación del paciente de acuerdo a:
 - 3.1.1. Contacto de un caso de TB:** si el paciente tiene un contacto de TB sensible, sea pulmonar y/o extrapulmonar en tratamiento o diagnosticado hace 2 años.
 - 3.1.2. Contacto de un caso de TB DR (TB Drogo Resistente),** si el paciente tiene un contacto de TB resistente sea pulmonar y/o extrapulmonar en tratamiento o diagnosticado hace 2 años.
 - 3.1.3. Persona privada de su libertad,** si el paciente está o estuvo privado de su libertad hace 2 años.

3.1.4. Personal de salud, si el paciente es Personal de Salud, sea administrativo o personal de blanco.

3.1.5. Población indígena, si el paciente corresponde a un pueblo indígena.

3.1.6. Diabetes, si el paciente padece de Diabetes Mellitus.

3.1.7. PVIH, si el paciente vive con VIH (Virus de la inmunodeficiencia humana)

3.1.8. Situación de Calle, si el paciente es indigente, sin hogar, sin domicilio fijo, sin domicilio bien establecido, sin domicilio permanente.

3.1.9. Situación de hacinamiento, si el paciente vive en casa hogar, refugios, albergues, asilos, etc.

3.1.10. Migrante, si el paciente es desplazado desde un país a otro, especialmente en los últimos dos años.

3.1.11. No Aplica, en el caso que las opciones citadas anteriormente no corresponde al paciente.

3.2. Historia de Tratamiento Previo: marcar con una "X" el círculo correspondiente a las opciones previstas:

3.2.1. Sí. En caso que el paciente es previamente tratado.

3.2.2. No, en caso de que el paciente no ha sido previamente tratado.

3.2.3. Sin Datos, en caso de que el paciente no sepa si ha sido o no previamente tratado.

3.3. Otras Condiciones: marcar con una "X" en caso de que se aplique las condiciones del paciente en relación a los ítems 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4 y 3.3.5.

3.4. PPD: marcar con una X si se hizo PPD y el resultado en milímetros.

4. Solicitud de Análisis de Laboratorio

4.1. Razón del Estudio: marcar con una "X" el círculo correspondiente a; 4.1.1. Diagnóstico: cuando es un Sintomático Respiratorio (SR) o Caso Presuntivo de TB no SR, o 4.1.2. Control: En el caso del seguimiento del tratamiento en todos los casos de Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopia positiva, se debe realizar Baciloscopia de control (2º, 5º y 6º meses) en caso de TB Sensible y mensualmente en caso de TB Resistente.

En caso de ser Diagnóstico, marcar con X:

4.1.1. Diagnóstico.

4.1.1.1. SR: (Sintomático Respiratorio).

4.1.1.2. Caso presuntivo no SR.

En caso de ser de Control durante el tratamiento, marcar con X:

4.1.2. Control TB Sensible o TB Resistente: Marcar con una X si en control corresponde al tratamiento de TB Sensible o a TB Resistente.

4.1.2.1. Mes Tto. (Tratamiento): anotar el mes de tratamiento en que se encuentra el paciente. Ejemplo: Si es el 2do. mes del 6to. de tratamiento, colocar: 2/6.

4.1.2.2. Medicamentos: anotar las iniciales de los medicamentos recibidos al momento del control. Ejemplo: HRZE o HR o Km-Mfx-Eto-Cfz-Z-Hhd-E, etc.

4.2. Tipo de muestra: marcar con una "X" el círculo correspondiente al tipo de muestra que será remitida al Laboratorio.

4.2.1. Esputo.

4.2.2. LCR (líquido céfalo raquídeo).

4.2.3. Orina.

4.2.4. Secreción.

4.2.5. Heces.

4.2.6. Biopsia: En caso de ser biopsia, se debe Especificar, anotar el nombre del material a ser enviado.

4.2.7. Otra: En caso de que la muestra no pertenece a ninguna de las opciones anteriores. Especificar, anotar el nombre del material a ser enviado.

4.3. Tipo de examen: marcar con una "X" el círculo correspondiente al tipo de examen según Normas Nacionales de TB.

4.3.1. Baciloscopia.

4.3.2. Cultivo.

4.3.3. Prueba de Sensibilidad.

4.3.4. Tipificación.

4.3.5. Gene Xpert.

4.3.6. Anatomía Patológica.

4.3.7. Otro. En caso de que el tipo de examen no pertenece a ninguna de las opciones anteriores. **Especificar**, anotar el nombre del tipo de examen solicitado.

Observación: Ver según Guías Nacionales de TB, las indicaciones de Baciloscopia, Cultivo, Tipificación, Prueba de Sensibilidad y GeneXpert.

5. Toma de Muestra/s:

5.1. Marcar con una "X" el círculo correspondiente a la cantidad de número de muestra seguido de la Fecha de la toma (dd/mm/aa) y **Aspecto** de la misma, describir: mucoso, mucopurulento, hemóptico, salivoso, licuado, purulento. Tanto de la muestra uno (Muestra 1), y/o muestra dos (Muestra 2) muestra tres (Muestra 3) según corresponda por fecha de toma.

6. Resultados de Análisis de Bacteriológicos.

6.1. Baciloscopia: marcar con una "X" si el resultado corresponde de la baciloscopia, seguido del Resultado de baciloscopia. 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.

Tanto de la primera (Muestra 1), y/o segunda (Muestra 2), tercera (Muestra 3), según corresponda.

Fecha: Anotar fecha de la lectura de la muestra en dd/mm/aa.

Firma y sello del responsable del laboratorio: Registrar la firma del responsable de laboratorio y su sello /o Aclaración de la Firma.

Nombre del Laboratorio: Registrar el nombre del laboratorio o del servicio de salud donde se encuentra el laboratorio.

6.2. Genexpert: marcar con una "X" si el resultado corresponde al Genexpert, seguido anotar la codificación del resultado del Genexpert 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 / sin resultados / error.

Fecha: Anotar la fecha de resultado de muestra dd/mm/aa.

6.3. Cultivo: Anotar en la celda superior, el resultado obtenido. NEG = reportado sin crecimiento, (1-19) = <20 colonias (reportar número de colonias), (+) = 20-100 colonias, (++) = >100 colonias, (+++) = innumerables o crecimiento confluyente. Y en la celda inferior, indicar la fecha de siembra de la muestra dd/mm/aa.

OBSERVACION IMPORTANTE

El original con el duplicado y triplicado debe ser remitido al laboratorio junto con las muestras extraídas del paciente. El cuadruplicado quedará en el servicio, para que con la información contenida en este, se pueda cargar en el sistema experto y en el libro de SR.

El laboratorio registrará los resultados –en el original, duplicado y triplicado– el original y duplicado volverá al servicio, donde el encargado de TB entrega el duplicado al paciente. El triplicado quedará para el laboratorio.

Solicitud de Estudios Bacteriológicos de Tuberculosis

Formulario 1

Nro. de Orden:			
Región Sanitaria:		Código:	
Distrito:		Código:	
Establecimiento:		Código:	
Responsable:		Nº de Teléfono:	
Fecha de identificación: ____/____/____		Fecha de Solicitud de Análisis: ____/____/____	
1 Datos de Identificación			
1.1. Documento de identificación Nº:	C.I. <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	
	Carné Indígena <input type="radio"/>	Código <input type="radio"/>	
1.2. Primer Nombre:	1.3. Segundo Nombre:		
1.4. Primer Apellido:	1.5. Segundo Apellido:		
1.6. Apellido de casada:	1.7. Población indígena: No Aplica <input type="radio"/> Aplica <input type="radio"/>	1.7.1. Especificar Etnia:	
1.8. Fecha de Nacimiento: ____/____/____	1.9. Edad: ____	1.10. Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	
1.11. Lugar de Nacimiento:	1.12. Nacionalidad:		
2 Datos de Residencia habitual			
2.1. Departamento:	2.2. Distrito/Ciudad:		
2.3. Área: Urbana <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/>	2.4. Barrio/Compañía/Com. Indígena:		
2.5. Calle y Nº de casa:			
2.6. Referencia:			
2.7. Nº de teléfono:	2.8. Penitenciaria: No Aplica <input type="radio"/> Aplica <input type="radio"/>	Especificar:	
3 Clasificación de Riesgo de TB			
3.1. Población de Riesgo	3.2. Historia de Tratamiento Previo	3.3. Otras Condiciones	3.4. PPD: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
3.1.1. Contacto TB <input type="radio"/>	3.2.1. Sí <input type="radio"/>	3.3.1. Niños <input type="radio"/>	Resultado en mm:
3.1.2. Contacto TB-DR <input type="radio"/>	3.2.2. No <input type="radio"/>	3.3.2. Basciloscopia de Diagnóstico negativo Consecutivo <input type="radio"/>	_____
3.1.3. Privado de libertad <input type="radio"/>	3.2.3. Sin Datos <input type="radio"/>	3.3.3. Controles de Basciloscopia positiva <input type="radio"/>	
3.1.4. Personal de Salud <input type="radio"/>		3.3.4. Sospecha de TB Meningea o Ganglionar <input type="radio"/>	
3.1.5. Población indígena <input type="radio"/>		3.3.5. No aplica <input type="radio"/>	
3.1.6. Diabetes <input type="radio"/>			
3.1.7. PVIH <input type="radio"/>			
3.1.8. Situación de Calle <input type="radio"/>			
3.1.9. Situación de hacinamiento <input type="radio"/>			
3.1.10. Migrante <input type="radio"/>			
3.1.11. No Aplica <input type="radio"/>			
4 Solicitud de Análisis de Laboratorio			
4.1. Razón del Estudio			
4.1.1. Diagnóstico <input type="radio"/>	4.1.2. Control: TB Sensible <input type="radio"/>	4.1.2.1. Mes Tto ____/____	4.1.2.2. Medicamentos _____
4.1.1.1. SR <input type="radio"/>	4.1.1.2. Caso presuntivo no SR <input type="radio"/>		
4.2. Tipo de muestra		4.3. Tipo de Examen	
4.2.1. Esputo <input type="radio"/>	4.2.2. LCR <input type="radio"/>	4.2.3. Orina <input type="radio"/>	4.3.1. Basciloscopia <input type="radio"/>
4.2.4. Secreción <input type="radio"/>	4.2.5. Heces <input type="radio"/>		4.3.2. Cultivo <input type="radio"/>
4.2.6. Biopsia <input type="radio"/>	Especificar _____		4.3.3. Prueba de Sensibilidad <input type="radio"/>
4.2.7. Otra <input type="radio"/>	Especificar _____		4.3.4. Tipificación <input type="radio"/>
			4.3.5. GeneXpert <input type="radio"/>
			4.3.6. Anatomía Patológica <input type="radio"/>
			4.3.7. Otro <input type="radio"/>
			Especificar _____
5 Toma de Muestra/s			
5.1. Muestra 1 <input type="radio"/>	Fecha ____/____/____	Muestra 2 <input type="radio"/>	Fecha ____/____/____
Aspecto _____		Aspecto _____	
		Muestra 3 <input type="radio"/>	Fecha ____/____/____
		Aspecto _____	
6 Resultados de Análisis Bacteriológicos			
6.1. Basciloscopia <input type="radio"/>	6.2. GeneXpert <input type="radio"/>	6.3. Cultivo <input type="radio"/>	
Resultado _____	Resultado _____	Resultado _____	
Fecha ____/____/____	Fecha ____/____/____	Fecha ____/____/____	
_____ Firma y sello del responsable del Laboratorio		_____ Nombre del Laboratorio	