

## FORMULARIO PARA ENVIO DE MUESTRAS Y/O CEPAS LABORATORIO REFERENCIA MICOBACTERIAS

Anexo 2 PR-212.03-001

### 1.- ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	RUT	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	Edad	<input type="text"/>
Nacionalidad	N ° de Ficha	<input type="text"/>
Coinfección retroviral	<input type="text"/>	
Dirección	Comuna	Ciudad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Sistema Público	Sistema Privado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2.- ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO (Indique drogas si corresponde)

<input type="checkbox"/> V.T	<input type="checkbox"/> C.T	<input type="checkbox"/> N ° DE MESES C.T.	<input type="checkbox"/> A.T. RECAIDA	<input type="checkbox"/> A.T. ABANDONO
<input type="checkbox"/> S. Estreptomicina	<input type="checkbox"/> K. Kanamicina			
<input type="checkbox"/> H. Isonazida	<input type="checkbox"/> Et. Ethionamida			
<input type="checkbox"/> R. Rifampicina	<input type="checkbox"/> Cs Cycloserina			
<input type="checkbox"/> E. Etambutol	<input type="checkbox"/> Cp Ciprofloxacino			
<input type="checkbox"/> Z. Pirazinamida	<input type="checkbox"/> Otras drogas			

### 3.- ANTECEDENTE DE LA MUESTRA Y/O CEPA

N ° de Cultivo	<input type="text"/>	Tipo de Muestra	<input type="text"/>
<b>Examen solicitado</b>			
Tipificación	<input type="text"/>	Fecha de siembra Cultivo	<input type="text"/>
Sensibilidad	<input type="text"/>	Fecha de lectura del Cultivo	<input type="text"/>

### 4.- ANTECEDENTES SOLICITANTE

Responsable del envío	<input type="text"/>		
Establecimiento	<input type="text"/>	Fecha envío de cepas	<input type="text"/>
Servicio de Salud		E-Mail	<input type="text"/>

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMULARIO

1.- Completar con letra legible. La correcta y completa información es en directo beneficio del paciente.

2.- Recepción Lunes a Jueves de 8.00 a 16.30 horas Viernes de 8.00 a 15.30 horas, fuera de este horario se recepcionarán las muestras en portería y se registraran al día siguiente.

3.- Los resultados serán enviados por correo certificado o por email.

#### GLOSARIO

**V.T.** = Virgen al Tratamiento

**A.T.** = Antes Tratado

**C.T.** = Control de Tratamiento