

**COMPLEJO ASISTENCIAL DR. V.R.R.
CENTRO DE COSTO LAB. CLÍNICO
SECCION TBC**

SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS

1.- IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: EDAD:

PROCEDENCIA: N° FICHA:

DOMICILIO: RUT:

2.- MUESTRA:

----- EXPECTORACIÓN ----- 1º ----- 2º
----- OTRA : (ESPECIFICAR) -----

3.- ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO:

VIRGEN A TRATAMIENTO ANTES TRATADO CON: H R E Pz S

4.- EXAMEN SOLICITADO PARA DIAGNOSTICO EN:

- PESQUISA EN SINTOMÁTICO RESPIRATORIO
- DIAGNOSTICO DE IMÁGENES RX PULMONAR ANORMALES
- INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS
- TBC EXTRAPULMONAR

5.- EXAMEN PARA CONTROL DE TRATAMIENTO ACTUAL

CON: (FARMACOS DEL TRATAMIENTO ACTUAL): _____

Nº DE MESES DEL TRATAMIENTO ACTUAL : _____

6.-

FECHA DE SOLICITUD

NOMBRE DEL SOLICITANTE

7.- RESULTADOS:

BACILOSCOPIA N°: _____, _____, _____, _____, _____, _____

CULTIVO DE KOCH N°: _____, _____, _____, _____, _____, _____

FECHA DEL INFORME

NOMBRE DEL LABORATORISTA