



**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 <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	
Nacionalidad <input type="text"/>	Nº de Ficha <input type="text"/>	
Coinfección retroviral <input type="text"/>		
Dirección <input type="text"/>	Comuna <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>
Teléfono <input type="text"/>	Sistema Público <input type="text"/>	Sistema Privado <input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/> V.T	<input type="checkbox"/> C.T	<input type="checkbox"/> Nº 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 Cicloserina			
<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

Nº de Cultivo <input type="text"/>	Tipo de Muestra <input type="text"/>
Examen solicitado	
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 <input type="text"/>	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 registrarán 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