

	SUBDIRECCIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA GESTIÓN DE CALIDAD	Código Documento: 040VE0204FE24 Fecha de Emisión: 2025-02-10 Página: 1/1					
Elaboró: Leidy Pérez	Revisó: Catalina Figueroa	Aprobó: Sandra Gómez	Versión:1				
Fecha de Elaboración: 2025-02-04	Fecha de revisión: 2025-02-04	Fecha de aprobación: 2025-02-05					
FORMATO PARA REMISIÓN DE MICOBACTERIAS							
Institución que Remite: _____		Fecha de recepción de la muestra o cultivo en el LSP: _____aaaa-mm-dd					
1.Datos de Paciente							
Nombres y apellidos: _____							
Tipo de identificación: CC ☐ NUIP ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ MSI ☐ SI ☐ Sexo ☐ M ☐ F ☐ N° de identificación: _____							
Fecha de nacimiento: _____aaaa-mm-dd _____ Edad ☐ _____ Días ☐ _____ Meses ☐ _____ Años ☐ _____ Ocupación: _____							
Municipio de residencia: _____ Dirección: _____ Telefono: _____							
2.Condición de Ingreso al Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis							
Caso nuevo ☐ Caso previamente tratado ☐ Sin información ☐							
Si es un caso previamente tratado indique:							
Sospecha de Fracaso ☐ Reingreso tras recaída ☐ Reingreso tras fracaso ☐ Otros casos previamente tratados ☐							
Fecha de inicio de tratamiento: _____aaaa-mm-dd							
3. Factores de Riesgo							
Persona con diabetes	☐	Embarazo	☐	Ámbito escolar	☐	Migrante o extranjero	☐
Persona que convive con VIH	☐	Antecedentes de procedimientos cosméticos	☐	Albergues geriátricos	☐	Habitante de calle	☐
Persona con desnutrición	☐	Persona que falleció con TB	☐	Caso de TB en frontera	☐	Fuerzas militares-policia	☐
Persona con tratamiento de inmunosupresores	☐	Contacto de paciente que fallece con TB	☐	Población rural o dispersa	☐	Personal de salud	☐
Persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica	☐		☐	Indígena	☐	Privado de la Libertad	☐
Contacto de persona con TB resistencia	☐	Nombre completo e identificación de contacto: _____					
Otro	☐	Cual: _____					
4. Información de Laboratorio							
Tipo de Muestra: _____		Fecha de Recolección: _____aaaa-mm-dd					
Medio Líquido ☐	Medio sólido ☐	Número de muestra: _____	Fecha de siembra: _____aaaa-mm-dd	Fecha de resultado	_____aaaa-mm-dd		
Resultados de baciloscopia: (-) ☐		1 a 9 BAAR ☐	(+) ☐	(++) ☐	(+++) ☐		
Resultados prueba identificación del Complejo M. tuberculosis o Micobacteria No tuberculosa:							
Positivo ☐		Negativo ☐					
Susceptibilidad Complejo M. tuberculosis :							
Isoniacida:	Sensible ☐	Resistente ☐	No interpretable ☐	No realizado ☐			
Rifampicina:	Sensible ☐	Resistente ☐	No interpretable ☐	No realizado ☐			
Quinolonas:	Sensible ☐	Resistente ☐	No interpretable ☐	No realizado ☐			
Injectables:	Sensible ☐	Resistente ☐	No interpretable ☐	No realizado ☐			
Examen solicitado para la vigilancia de Micobacterias (Marqué con una X el examen solicitado)							
Sensibilidad a fármacos fenotípica y/o genotípica para complejo M. tuberculosis ☐		Identificación de otras Micobacterias ☐					
Observaciones: _____							

Nombre y apellidos de la persona que diligencia							