



FORMULARIO PARA ENVÍO DE CULTIVOS

DEPARTAMENTO LABORATORIO BIOMÉDICO
NACIONAL Y DE REFERENCIA
SUBDEPARTAMENTO ENFERMEDADES INFECCIOSAS
SECCIÓN MICOBACTERIAS

Uso exclusivo ISP	
Fecha de recepción	
Responsable de recepción:	
N° de tubos:	

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Nacionalidad: _____ Grupo vulnerable: _____
Nombre(s): _____
Primer Apellido: _____ RUN: _____
Segundo Apellido: _____ Sexo: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

ANTECEDENTES SOLICITANTE

Laboratorio de Procedencia: _____ Correo electrónico institucional: _____
Servicio de Salud: _____ Profesional solicitante: _____
Número telefónico o Red MINSAL: _____

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO

Caso Nuevo: Control de tratamiento: N° de meses: _____
Previamente tratado, Previamente tratado, Sospecha de fracaso
recaída: pérdida de seguimiento: de tratamiento

ANTECEDENTES DEL CULTIVO

Tipo de muestra primaria: Resultado de Baciloscopía*:

TRATAMIENTO ACTUAL

PCR TIEMPO REAL (N/A para Control de Tratamiento)

BD Max GeneXpert Ultra GeneXpert XDR No realizado Otro (especificar): _____

Complejo *M. tuberculosis* Detectado No detectado Indeterminado

Semicuantificación:

Rifampicina	Isoniacida bajo nivel	Isoniacida	Fluoroquinolonas bajo nivel	Fluoroquinolonas
<input type="checkbox"/> Detectada				
<input type="checkbox"/> No detectado				
<input type="checkbox"/> Indeterminado				
<input type="checkbox"/> NA				

CULTIVO

Número de cultivo	Fecha de siembra	Unidades de crecimiento para MGIT **	Fecha de lectura	Fecha de envío ISP	Resultado frotis*	Resultado test inmunocromatográfico

* Completar si se tiene esta información; ** Completar solamente para cultivos líquidos

Comentarios

Uso exclusivo ISP: Solicitud de información

Av. Marathon 1000, Ñuñoa, Santiago
Casilla 48 Correo 21 - Código Postal 7780050
Informaciones: (56-2) 2575 5600 - (56-2) 2575 5601
www.ispch.cl

RG-01-PR-212.03-001
V6. Act. 13/09/2022