



FORMULARIO PARA ENVÍO DE MUESTRAS

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

ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

Tipo de muestra primaria	Fecha y hora de toma de muestra	Fecha y hora de envío de muestra
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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				

SOLICITUD

- Diagnóstico de tuberculosis
 Control de tratamiento

N° de meses:

Comentarios

Uso exclusivo ISP: Solicitud de información