



FORMULARIO PARA ESTUDIO DE
MNT
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

País de origen:

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Fecha de nacimiento:

Grupo vulnerable:
(Puede seleccionar más de una opción)

RUN:

Sexo:

Edad:

ANTECEDENTES SOLICITANTE

Laboratorio de Procedencia:

Servicio de Salud:

Correo electrónico institucional:

Profesional solicitante:

Número telefónico o Red MINSAL:

PRUEBAS DE IDENTIFICACIÓN (Que descarten tuberculosis)

Frotis

:

BAAR +

☐

Test de inmunocromatográfico

:

TIC (-)

☐

Amplificación de Ácidos Nucleicos

:

CMTB No detectado

☐

MALDI TOF

:

Elija un elemento.

Otro (especifique prueba y resultado)

:

Tipo de muestra primaria

Utilizar listado desplegable de tipos de muestra

ANTECEDENTES DEL CULTIVO

Número de cultivo	Fecha de siembra	Fecha de Lectura
±	Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.	Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO

Indicar si el paciente está en tratamiento

Sí ☒

No ☒

Otro (Especifique fármacos):

SOLICITUD

Motivo de envío del cultivo

Identificación de micobacterias no tuberculosas y detección de mutaciones que confieren resistencia.

PACIENTE REPORTADO EN

¿El paciente está el “Registro Nacional de Micobacterias No Tuberculosas”?

Sí

☐

Comentarios adicionales