

	Solicitud de revisión de baciloscopías para el Programa de Ensayo de Aptitud Baciloscopia por tuberculosis tipo revisión de muestra - Inciensa-R87	
	Versión 2	

Nombre del establecimiento que envía las muestras:		N° Unidad Programática CCSS:
Responsable de la solicitud:	Firma:	Fecha de solicitud:

1. Según fecha de recolección de la muestra, las baciloscopías enviadas corresponden a (marque con una "X"):

- ☐ Cuatrimestre 1 (enero a abril)
☐ Cuatrimestre 2 (mayo a agosto)
☐ Cuatrimestre 3 (septiembre a diciembre)

2. En el cuatrimestre seleccionado en el punto 1., indique cuantas baciloscopías negativas y positivas registró su laboratorio y la cantidad enviada a Inciensa:

Resultado	Cantidad	Enviadas a Inciensa
Positivas		
Negativas		

IMPORTANTE: Recuerde enviar todas las baciloscopías positivas y la cantidad de negativas previamente indicada por el CNRM del Inciensa.

3. Para las baciloscopías enviadas a Inciensa, complete los datos de la página 2 según las siguientes instrucciones:

- Datos del paciente: anote el número de cédula, expediente o identificación, nombre, apellidos y el sexo del paciente.
- Datos de la muestra: anote el número de muestra cliente (número con el cual rotuló cada baciloscopia), la fecha de recolección de la muestra y el tipo de muestra.
- Resultado reportado: en cada fila, marque con una "X" el resultado reportado en el laboratorio.
 - NSOB: No se observaron bacilos alcohol ácido resistentes
 - PNE: Número exacto de bacilos en 100 campos
 - 1+: positivo (+)
 - 2+: positivo (++)
 - 3+: positivo (+++)
- Tipo de caso: anote "D" si corresponde a un caso de diagnóstico o "Ctrl" si es un control de tratamiento.
- Imprima más copias de la página 2 si fuera necesario.

 INCIENSA Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud	Solicitud de revisión de baciloscopías para el Programa de Ensayo de Aptitud Baciloscopía por tuberculosis tipo revisión de muestra - Inciensa-R87												
	Versión 2												

Datos del paciente					Datos de la muestra			Resultado reportado					Tipo de caso	Para uso de Inciensa
Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Sexo	N° muestra cliente	Fecha de recolección	Tipo de muestra	NSOB	PNE	1+	2+	3+		

Observaciones: