

Laboratorio Clínico/Unidad Programática: \_\_\_\_\_ Envío correspondiente al mes de: \_\_\_\_\_

Microbiólogo encargado: \_\_\_\_\_ Fecha envío de las muestras a INCIENSA: \_\_\_\_\_

**Baciloscopías vistas en el mes. Indicar cuántas positivas \_\_\_\_\_ y cuántas negativas \_\_\_\_\_**

N° Cédula ó Expediente	Nombre completo del paciente			Sexo M/F	Fecha Nacimiento (DD/MM/AA)	Residencia Actual			N° muestra cliente	Fecha Recolección (DD/MM/AA)	Origen muestra	Resultado reportado				Tipo de caso		Para uso de INCIENSA	
	1er apellido	2do apellido	Nombre			Provincia	Cantón	Distrito				No se observan	Positivo			Dx	Cl.Tx		
													N° exacto	+	2+	3+			

**Nota:** si la muestra proviene de un sedimento, indíquelo con (\*) en la columna "origen de muestra"

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

*El firmante acepta los términos para la recepción de las muestras por parte del INCIENSA, por lo que la misma está sujeta a los criterios de rechazo establecidos por la Institución\*. Además, autoriza al INCIENSA a descartar la(s) muestra(s) posterior a su análisis o por motivos de bioseguridad, de acuerdo a los procedimientos y plazos establecidos*

**Instrucciones de llenado de Boleta de Solicitud de Confirmación Diagnóstica de Baciloscopías**

1. *Laboratorio clínico/Unidad Programática:* Anotar el nombre del Laboratorio Clínico o la Unidad Programática que envía las baciloscopías.
2. *Microbiólogo encargado:* Indicar el nombre y los dos apellidos del microbiólogo(a) que envía las baciloscopías.
3. *Envío correspondiente al mes de:* Anotar en el espacio disponible el mes al que corresponden los envíos.
4. *Fecha envío de las muestras a INCIENSA:* fecha en que se remiten las baciloscopías al INCIENSA.
5. *Baciloscopías vistas en el mes, indicar cuántas positivas y cuántas negativas:* Anotar la cantidad total de baciloscopías observadas, las positivas y negativas.
6. *N° Cédula ó Expediente:* Anotar el número de cédula o identificación del paciente con formato **#-####-####**
7. *Nombre completo del paciente:* Indicar el nombre y los dos apellidos del paciente.
8. *Sexo:* anotar M si es masculino y F si es femenino.
9. *Dirección (Provincia/cantón/distrito):* Anotar la provincia, el cantón y el distrito en el cual reside el paciente.
10. *N° de muestra cliente:* Anotar el número o las siglas con las que rotuló cada baciloscopía en el laboratorio que hace el envío.
11. *Fecha de recolección:* fecha en la cual fue recogida la muestra.
12. *Origen de la muestra (esputo-LCR-etc.):* especificar el tipo de muestra enviada
13. *Resultados reportado:* Marcar con una X el resultado obtenido por el microscopista del laboratorio que envía, según el método semi-cuantitativo por cruces.
14. *Tipo de caso:* anotar con una X en la casilla correspondiente de “dx” si corresponde a un primer diagnóstico del caso, ó “ctl.Tx” si las baciloscopías corresponden a controles del tratamiento.

*Descargo de responsabilidad*

*El firmante acepta los términos para la recepción de las muestras por parte del INCIENSA, por lo que la misma está sujeta a los criterios de rechazo establecidos por la Institución. Además, autoriza al INCIENSA a descartar la(s) muestra(s) posterior a su análisis o por motivos de bioseguridad, de acuerdo a los procedimientos y plazos establecidos*

*\*[http://www.inciensa.sa.cr/servicios/Indicaciones\\_Normas.aspx](http://www.inciensa.sa.cr/servicios/Indicaciones_Normas.aspx)*

Cartago, Costa Rica. Tel: (506) 2279-9911 Fax:(506) 2279-8175