República de Colombia
Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud

LIBRO DE REGISTRO DIARIO DE BACILOSCOPIA Y CULTIVO

Departamento o distrito: _____

Municipio: _____

Institución: _____

Número de orden	Fecha recepción de la muestra	Nombres y apellidos completos del paciente	Edad y Sexo		Número identificación del paciente	Grupo Etnico *	Dirección / teléfono - Comunidad/asentamiento	Régimen de afiliación **	Entidad afiliadora	IPS o Municipio que envía	Tipo de muestra	Diagnóstico por baciloscopia						Diagnóstico por cultivo					
												1		2		3		Lectura / semanas					
			F	M								Calidad muestra ***	Resultado	Calidad muestra ***	Resultado	Calidad muestra ***	Resultado	1a	4a	8a	12a	16a	Especie identificada

* En caso de Etnias Indígenas, especificar el Pueblo Indígena al que pertenece el paciente

** Régimen de afiliación: **C** Contributivo, **S** Subsidiado, **NA** No asegurado, **RE** Regimen especial.

*** Calidad de la muestra: **S** saliva, **M** moco, **MP** mucupurulenta, **H** hemoptoica

Persona Responsable: _____

Año: _____

República de Colombia
Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud

LIBRO DE REGISTRO DIARIO DE BACILOSCOPIA Y CULTIVO

Departamento o distrito: _____

Municipio: _____

Institución: _____

RESULTADOS																Observaciones
Baciloscopias y cultivos de control al tratamiento						Pruebas de susceptibilidad de *Mycobacterium tuberculosis* a los fármacos antituberculosos										
Segundo mes		Cuarto mes		Sexto mes o al término del tratamiento		Fecha de remisión al LSP	Estreptomicina		Isoniacida		Rifampicina		Ethambutol			
Bk	Cultivo	Bk	Cultivo	Bk	Cultivo		R*	S*	R*	S*	R*	S*	R*	S*		

Persona Responsable: _____

Año: _____