

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Circular No. SESVER/LESP/DE/12/2024

Hoja 1/1

Asunto: Formatos actualizados para TB y Lepra.

Clasificación: 13S.2 Diagnóstico Epidemiológico

Veracruz, Ver. a 13 de marzo de 2024

**UNIDADES SESVER,
JURISDICCIONES SANITARIAS Y
UNIDADES INTERINSTITUCIONALES.**

0532

Debido a los requerimientos de nuestro Sistema de Gestión Integral de mantener actualizada la documentación que aplica y con la finalidad de prestar un mejor servicio, se anexan los formatos actualizados que a continuación de mencionan:

ERC-F-018 SOLICITUD Y RESULTADO DE EXAMEN BACTERIOLÓGICO

ETB-F-006 LISTADO DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO

ETB-F-009 INFORME MENSUAL DE MICROSCOPIA Y CULTIVO DE TUBERCULOSIS

ETB-F-021 SOLICITUD DE ESTUDIO BACILOSCÓPICO PARA LEPROA

ETB-F-025 REPORTE DE ESTADO Y MANTENIMIENTO ÓPTICO PREVENTIVO DEL MICROSCOPIO

No omito informarle que de requerirlos en electrónico, los solicite al siguiente correo lesp.tuberculosis@gmail.com con la Q.C. María Eleazar Constantino Rodríguez responsable de la Red de Laboratorios de Tuberculosis.

Sin otro particular, reciba saludos cordiales

Atentamente

M. en C. Jacqueline Ayza Ríos García

Directora del Laboratorio Estatal de Salud Pública



SERVICIO DE SALUD DE VERACRUZ
LABORATORIO ESTATAL DE
SALUD PÚBLICA
VERACRUZ, VER.



c.c.p.- Dra. Jessica Kistal Ríos Mercadante. - Directora De Salud Pública. Para Su Conocimiento
c.c.p. Dra. María De Los Ángeles Pérez Gil.- Directora De Atención Médica. Mismo Fin
c.c.p. L.I. José Roberto Ruiz Vega Coordinador de estadística e Informática-Para su publicación-Presente
c.c.p. Q.C. María Elena Cruz Francisco Coordinadora de Aseguramiento de la Calidad -Mismo fin. -Presente
c.c.p. L.A.E. Grecia K. Castañeda Barrios Responsable de Módulo de servicio al cliente -Mismo fin. -Presente



EAB/MECR/foh

2024: 200 AÑOS DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE COMO PARTE DE LA FEDERACIÓN 1824-2024

Av Eucalipto S/N Lote 7 Mza. IZC Fracc. Framboyanes
Cd. Industrial Bruno Pagliai
C.P. 91697, Veracruz, Veracruz
Tel. 229 9812951, 229 9811390
<http://www.ssaver.gob.mx/lesp/>



200 AÑOS
VERACRUZ
DE IGNACIO DE LA LLAVE
COMO PARTE DE LA FEDERACIÓN

 SECRETARIA DE SALUD Y ASISTENCIA SOLICITUD Y RESULTADO DE EXAMEN BACTERIOLÓGICO		 SESVER - SSA	DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> CONTACTO <input type="checkbox"/> PESQUISA <input type="checkbox"/> CONTROL <input type="checkbox"/>	No. DE MUESTRA 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/>
UNIDAD DE SALUD _____ SOLICITANTE _____ TIPO _____ LOCALIDAD _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____				
NOMBRE: _____ <small>APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____</small> <small>NOMBRE (S) _____</small>		EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE NAC.: _____	MES: _____ NÚMERO DE EXPEDIENTE _____	
DOMICILIO _____ <small>CALLE Y NÚMERO _____ COLONIA BARRIO O SECTOR _____ LOCALIDAD _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____</small>				
ENF. ASOCIADAS: DIABETES <input type="checkbox"/> B24 <input type="checkbox"/> B20 <input type="checkbox"/> OTROS: _____				
FECHA Y HORA DE TOMA DE LA MUESTRA: _____ TIPO DE MUESTRA: ESPUTO <input type="checkbox"/> FROTIS <input type="checkbox"/> OTROS: _____				
BACILOSCOPIA <input type="checkbox"/> CULTIVO <input type="checkbox"/>		SOLICITANTE _____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA _____		
A LLENAR SOLAMENTE EN EL LABORATORIO QUE INFORMA				
LABORATORIO _____ <small>LOCALIDAD _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____</small>		RESULTADO		
FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN: _____ NÚMERO DADO POR EL LABORATORIO _____		BACILOSCOPIA NEGATIVO (-) <input type="checkbox"/> POSITIVO (+) <input type="checkbox"/> CONTABLES: _____ BAAR EN _____ 100 CAMPOS POSITIVO (++) <input type="checkbox"/> POSITIVO (+++) <input type="checkbox"/>		
CALIDAD DE LA MUESTRA: <input type="checkbox"/> ADECUADA, MUCOPURULENTO <input type="checkbox"/> INADECUADA, SALIVA		CULTIVO NEGATIVO (-) <input type="checkbox"/> POSITIVO (++) <input type="checkbox"/> POSITIVO NÚMERO DE COLONIAS _____ POSITIVO (+++) <input type="checkbox"/> POSITIVO (+) <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/>		
FECHA DE INFORME DE RESULTADO _____ / _____ / _____ <small>DIA MES AÑO</small>				
OBSERVACIONES: _____				
REALIZÓ (NOMBRE COMPLETO Y FIRMA) _____			AUTORIZÓ (NOMBRE COMPLETO Y FIRMA) _____	

ERC-F-018/ Rev. 4

 SECRETARIA DE SALUD Y ASISTENCIA SOLICITUD Y RESULTADO DE EXAMEN BACTERIOLÓGICO		 SESVER - SSA	DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> CONTACTO <input type="checkbox"/> PESQUISA <input type="checkbox"/> CONTROL <input type="checkbox"/>	No. DE MUESTRA 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/>
AD DE SALUD _____ SOLICITANTE _____ TIPO _____ LOCALIDAD _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____				
NOMBRE: _____ <small>APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____</small> <small>NOMBRE (S) _____</small>		EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE NAC.: _____	MES: _____ NÚMERO DE EXPEDIENTE _____	
DOMICILIO _____ <small>CALLE Y NÚMERO _____ COLONIA BARRIO O SECTOR _____ LOCALIDAD _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____</small>				
ENF. ASOCIADAS: DIABETES <input type="checkbox"/> B24 <input type="checkbox"/> B20 <input type="checkbox"/> OTROS: _____				
FECHA Y HORA DE TOMA DE LA MUESTRA: _____ TIPO DE MUESTRA: ESPUTO <input type="checkbox"/> FROTIS <input type="checkbox"/> OTROS: _____				
BACILOSCOPIA <input type="checkbox"/> CULTIVO <input type="checkbox"/>		SOLICITANTE _____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA _____		
A LLENAR SOLAMENTE EN EL LABORATORIO QUE INFORMA				
LABORATORIO _____ <small>LOCALIDAD _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____</small>		RESULTADO		
FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN: _____ NÚMERO DADO POR EL LABORATORIO _____		BACILOSCOPIA NEGATIVO (-) <input type="checkbox"/> POSITIVO (+) <input type="checkbox"/> CONTABLES: _____ BAAR EN _____ 100 CAMPOS POSITIVO (++) <input type="checkbox"/> POSITIVO (+++) <input type="checkbox"/>		
CALIDAD DE LA MUESTRA: <input type="checkbox"/> ADECUADA, MUCOPURULENTO <input type="checkbox"/> INADECUADA, SALIVA		CULTIVO NEGATIVO (-) <input type="checkbox"/> POSITIVO (++) <input type="checkbox"/> POSITIVO NÚMERO DE COLONIAS _____ POSITIVO (+++) <input type="checkbox"/> POSITIVO (+) <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/>		
FECHA DE INFORME DE RESULTADO _____ / _____ / _____ <small>DIA MES AÑO</small>				
OBSERVACIONES: _____				
REALIZÓ (NOMBRE COMPLETO Y FIRMA) _____			AUTORIZÓ (NOMBRE COMPLETO Y FIRMA) _____	

ERC-F-018/ Rev. 4

LISTADO DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO

NOMBRE DEL LABORATORIO LOCAL: _____

RESPONSABLES DE LECTURA: _____

PERIODO A EVALUAR: _____ FOLIO INTERNO INICIAL: _____ FOLIO INTERNO FINAL: _____

NÚM. PROG	FOLIO INTERNO	PACIENTE		FIJACIÓN		RESULTADO LABORATORIO LOCAL
		D	C	M	L	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

NÚM. PROG.	FOLIO INTERNO	PACIENTE		FIJACIÓN		RESULTADO LABORATORIO LOCAL
		D	C	M	L	
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						

D: Paciente de diagnóstico C: Paciente en control de tratamiento M: Muestras fijadas en el laboratorio local L: Muestras fijadas en campo y recibidas en el laboratorio para tinción y lectura.

OBSERVACIONES: _____



JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO



REPORTE DE ESTADO Y MANTENIMIENTO ÓPTICO PREVENTIVO DE MICROSCOPIO

INSTITUCIÓN: _____

IDENTIFICACIÓN: _____

MARCA: _____

MODELO: _____

No. DE SERIE: _____

ESTADO DEL EQUIPO

	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	PÉSIMO
OCULARES					
OBJETIVOS					
SISTEMA DE ILUMINACIÓN					
CONDENSADOR					
PLATINA					
TORNILLO MACRO Y MICROMÉTRICO					

LIMPIEZA

	SI	NO	¿PORQUÉ NO?
OCULARES PARTE ÓPTICA INTERNA			
OCULARES PARTE ÓPTICA EXTERNA			
OBJETIVOS PARTE ÓPTICA INTERNA			
OBJETIVOS PARTE ÓPTICA EXTERNA			
CONDENSADOR			

OBSERVACIONES: _____

 NOMBRE Y FIRMA
 RESPONSABLE DE MANTENIMIENTO

 FECHA

SUPERVISIÓN:

SOLICITUD DE ESTUDIO BACILOSCÓPICO PARA LEPROA

DATOS DEL SOLICITANTE

UNIDAD DE SALUD: _____ INSTITUCIÓN: _____
LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

DATOS DEL CASO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD Y SEXO: F M
DOMICILIO: _____
LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO (MARQUE CON X)

MULTIBACILAR	PAUCIBACILAR	ESTUDIO PARA:
LEPRA LEPROMATOSA ()	LEPRA TUBERCULOIDE ()	DIAGNÓSTICO ()
LEPRA DIMORFA ()	LEPRA INDETERMINADA ()	CONTROL ()
LEPRA SIN CLASIFICAR ()		

DATOS CLÍNICOS

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO: _____
ANTECEDENTES IMPORTANTES: _____

TRATAMIENTO (MARQUE CON X)

MONOTERAPIA () POLIQUIMIOTERAPIA () OTRO ESQUEMA () SIN TRATAMIENTO ()

SITIO DE TOMA DE LA MUESTRA (MARQUE CON X)

LÓBULO DE LA OREJA () LESIÓN CUTÁNEA () MUCOSA NASAL ()

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN TOMÓ LA MUESTRA: _____ FECHA: _____
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SOLICITA EL ESTUDIO: _____ FECHA: _____

INFORME DE RESULTADO BACILOSCÓPICO

LABORATORIO: _____ JURISDICCIÓN: _____ ESTADO: _____
NÚMERO DE REGISTRO DE LABORATORIO: _____ FECHA DE RECEPCIÓN: _____

SITIO DE TOMA DE LA MUESTRA	ÍNDICE BACILOSCÓPICO	ÍNDICE MORFOLÓGICO % DE BACILOS VIABLES	CALIDAD DE LA MUESTRA	
			ADECUADA	INADECUADA
LÓBULO DE LA OREJA				
LESIÓN CUTÁNEA				
MUCOSA NASAL				
PROMEDIO				

OBSERVACIONES: _____

ÍNDICE BACILOSCÓPICO
NEGATIVO
1 +
2 +
3 +
4 +
5 +
6 +
+
@

BACILOS POR CAMPO
No hay bacilos en 100 campos
1-10 bacilos en 100 campos
1-10 bacilos en 10 campos
1-10 bacilos en cada campo
10-100 bacilos en cada campo
100- 1000 bacilos en cada campo
+ de 1000 bacilos en cada campo
Bacilos aislados
Bacilos en globias

ÍNDICE MORFOLÓGICO IM =

Número de bacilos uniformemente coloreados
Número total de bacilos observados

X 100 = % de bacilos viables

FECHA DE ESTUDIO

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA LECTURA

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL LABORATORIO