

 JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO	SOLICITUD DE ANÁLISIS	 VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO
--	------------------------------	--

DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

INSTITUCIÓN _____
 PERSONA RESPONSABLE DEL ENVÍO _____
 CALLE _____ COLONIA _____
 POBLACIÓN _____ ESTADO _____ C.P. _____
 TELÉFONO _____ FAX _____
 (INDISPENSABLE)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE O CLAVE _____ NOMBRE (S) _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____
 LOCALIDAD _____ MUNICIPIO _____
 ESTADO _____ EDAD / / (AÑOS MESES DIAS) O FECHA DE NACIMIENTO / / (DIA MES AÑO)
 SEXO M F No. DE EXPEDIENTE/FILIACIÓN _____
 HOSPITALIZACIÓN SI NO SITUACIÓN DEL PACIENTE VIVO MUERTO

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA

<input type="checkbox"/> SUERO	<input type="checkbox"/> HECES FETALES	<input type="checkbox"/> EXUDADO: <input type="checkbox"/> OTRO: _____
<input type="checkbox"/> PLASMA CON EDTA	<input type="checkbox"/> EXUDADO FARINGEO	<input type="checkbox"/> BIOPSIA:
<input type="checkbox"/> SANGRE ENTERA	<input type="checkbox"/> EXUDADO NASOFARINGEO	<input type="checkbox"/> LAMINILLA/FROTIS:
<input type="checkbox"/> LCR	<input type="checkbox"/> LAVADO BRONCOALVEOLAR	<input type="checkbox"/> IMPRONTA:
<input type="checkbox"/> ORINA	<input type="checkbox"/> LIQUIDO PULMONAR	<input type="checkbox"/> CEPA BACTERIANA:
<input type="checkbox"/> HISOPO RECTAL	<input type="checkbox"/> ENCEFALO	<input type="checkbox"/> ESPECIMEN ENTOMOLOGICO
<input type="checkbox"/> EXPECTORACION (ESPUTO)		<input type="checkbox"/> HISOPO DE MOORE

MUESTRA UNICA 1a 2a 3a OTRA (S) _____
 ORIGEN HUMANA ANIMAL AGUA OTRA

INFORMACION PARA EL DIAGNOSTICO

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO _____
 ANÁLISIS SOLICITADO (S) _____
 JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO _____
 DIAGNÓSTICO REFERENCIA CONTROL DE CALIDAD CONTROL DE TRATAMIENTO URGENTE / BROTE
 FECHA DE: INICIO DE SINTOMAS / / (DIA MES AÑO) DE TOMA: / / (DIA MES AÑO) HORA: _____ DE RECEPCION EN EL LABORATORIO: / / (DIA MES AÑO)

EN CASO DE SOSPECHA DE RABIA CONTESTE LO SIGUIENTE:

¿SUFRIÓ AGRESIÓN POR PARTE DEL ANIMAL SENALADO? SI NO

NÚMERO DE PERSONAS QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL ANIMAL _____

EDAD DEL ANIMAL _____ FECHA DE MUERTE DEL ANIMAL / / (DIA MES AÑO) CAUSA DE LA MUERTE _____

SIGNS DEL ANIMAL AGRESOR

<input type="checkbox"/> AGRESIVIDAD	<input type="checkbox"/> HIDROFobia	<input type="checkbox"/> AEROFOBIA
<input type="checkbox"/> INCOORDINACIÓN	<input type="checkbox"/> PARALISIS	<input type="checkbox"/> SALIVACION LIQUIDA
<input type="checkbox"/> FOTOFOBIA	<input type="checkbox"/> ANOREXIA	<input type="checkbox"/> SALIVACION PROFUSA
<input type="checkbox"/> INQUIETUD	<input type="checkbox"/> MANDIBULA CAIDA	<input type="checkbox"/> OTRAS

EN CASO DE SOSPECHA DE TUBERCULOSIS CONTESTE LO SIGUIENTE:

<input type="checkbox"/> VIH POSITIVO	<input type="checkbox"/> VIH NEGATIVO	<input type="checkbox"/> EXANTEMA
<input type="checkbox"/> TB PULMONAR	<input type="checkbox"/> TB EXTRAPULMONAR	FECHA DE INICIO / / (DIA MES AÑO) FECHA DE TERMINO / / (DIA MES AÑO)
<input type="checkbox"/> ESTUDIO SOLICITADO	<input type="checkbox"/> CULTIVO CONTROL	TIPO
<input type="checkbox"/> CULTIVO DIAGNÓSTICO	<input type="checkbox"/> CULTIVO FARMACORRESISTENCIA	<input type="checkbox"/> MACULAR <input type="checkbox"/> PUSTULA
¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> COSTRA <input type="checkbox"/> ERITEMATOSO
FECHA DE LA ULTIMA TOMA: / / (DIA MES AÑO)		<input type="checkbox"/> PAPULAR <input type="checkbox"/> KOPLIN

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUAL(ES):

<input type="checkbox"/> ESTREPTOMICINA	<input type="checkbox"/> ISONIACIDA	<input type="checkbox"/> RIFAMPICINA	<input type="checkbox"/> ETAMBUTOL	<input type="checkbox"/> CRISIS CONVULSIVAS	<input type="checkbox"/> MENINGITIS
<input type="checkbox"/> PIRAZINAMIDA	<input type="checkbox"/> ETIONAMIDA	OTROS (S) _____		<input type="checkbox"/> COMA	<input type="checkbox"/> PARALISIS
RESULTADO BACILOSCOPIA	<input type="checkbox"/> CONTABLE	<input type="checkbox"/> POSITIVO +		<input type="checkbox"/> INCOORDINACIÓN	<input type="checkbox"/> HIDROFobia
<input type="checkbox"/> NEGATIVO				<input type="checkbox"/> CAMBIOS DE CONDUCTA	<input type="checkbox"/> FOTOFOBIA
<input type="checkbox"/> POSITIVO ++	<input type="checkbox"/> POSITIVO +++			<input type="checkbox"/> FIEBRE	FECHA DE INICIO / / (DIA MES AÑO) TEMPERATURA _____
MUESTRA NEUTRALIZADA CON Na ₂ CO ₃ UN MILIGRAMO POR MILILITRO DE MUESTRA (UNICAMENTE ORINA Y JUGO GÁSTRICO)				DURACIÓN _____	DIAS PERIODICIDAD _____

CLAVE LESP:

PARA ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS			PARA DIAGNÓSTICO DE VIH-1 Y CONFIRMATORIA		
<input type="checkbox"/> DIARREA SANGUINOLENTA <input type="checkbox"/> DIARREA MUCOSA <input type="checkbox"/> DIARREA PROLONGADA (MAS DE UNA SEMANA)		RESULTADO DETECCIÓN INICIAL <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/> + MES / AÑO (MES AÑO) DETECCIÓN REPETIDA <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/> + / (MES AÑO) CONFIRMATORIA <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/> + / (MES AÑO)			
NUM. DE EVACUACIONES EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS _____			OTRAS ESPECIFIQUE: _____		
NUM. DE CUADROS DIARREICOS DURANTE EL AÑO: _____			RECUENTO ABSOLUTO DE LINFOCITOS T: _____		
<input type="checkbox"/> CONSTIPACIÓN <input type="checkbox"/> DESHIDRATACIÓN LEVE <input type="checkbox"/> VOMITO <input type="checkbox"/> DESHIDRATACIÓN MODERADA <input type="checkbox"/> ANOREXIA <input type="checkbox"/> DESHIDRATACIÓN SEVERA <input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL		CARGA VIRAL PATA VIH-1: _____ ¿PERTENECE A ALGUN PROGRAMA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFIQUE: _____			
CLASULAS DE CONFORMIDAD DEL CLIENTE PARA CLIENTES PARTICULARES					
1.-En el momento de la recepción de la muestra en ventanilla, el Laboratorio determina que tiene la capacidad para cumplir con los requerimientos. 2.-El cliente autoriza que una vez entregada la muestra en ventanilla de Recepción de Muestras esta ya no podrá devolverse, el Laboratorio adquiere el resguardo de la misma. 3.-Muestra que no cumple con los criterios establecidos, no es aceptada. 4.-La muestra debe cumplir con los criterios de aceptación para el Diagnóstico de acuerdo a lo indicado en ventanilla. 5.-Todo análisis deberá solicitarse por escrito, mediante este formato. 6.-Cuando se requiera aplicará formato ERC-F-009. 7.-Se verificará su resultado en el Micrositio del LESP de acuerdo al tiempo establecido en el marco analítico. 8.-Únicamente obtendrá los resultados en el Micrositio del LESP y cuando se afecte el tiempo de la emisión será notificado por oficio. 9.-El horario de Recepción de Muestras es de 8:00 a 17:30 horas de martes a viernes, lunes y sábado de 8:00 a 15:00 horas. 10.-Se acepta de conformidad que la muestra sea enviada a Control de Calidad de acuerdo a los lineamientos establecidos por el InDRE, cuando aplique. 11.-Se acepta la disposición final a la que sea sometida la muestra de acuerdo a los procedimientos utilizados.					
PARA CLIENTES OFICIALES					
1.-En el momento de la recepción de la muestra en ventanilla, el Laboratorio determina que tiene la capacidad para cumplir con los requerimientos. 2.-Una vez recibida la muestra el Laboratorio adquiere el resguardo de la misma y esta no podrá devolverse. 3.-Cuando la muestra es dañada durante su traslado y se detecta en la Sección de Recepción de Muestras y Control de Resultados, se notificará vía oficio. 4.-Todas las muestras deberán cumplir con los Criterios del Catálogo de Condiciones de aceptación para el Diagnóstico que se requiera. 5.-El incumplimiento de los Criterios considera la muestra inadecuada y el rechazo de la misma, lo cual se notifica vía oficio. 6.-Únicamente se aceptará realizar los Diagnósticos, solicitados por escrito mediante oficio, solicitud de análisis por paciente, listado de nombres (cuando sea más de una muestra) o cualquier forma escrita y Estudio socioeconómico (cuando aplique). 7.-El horario de Recepción de Muestras es de 8:00 a 17:30 horas de Martes a Viernes, Lunes y Sabados de 8:00 a 15:00 horas.. 8.-Únicamente obtendrá el Informe de Resultados en el Micrositio del LESP y en tiempo indicado en el Catálogo de Servicios Analíticos DI-C-003. 9.-Cuando se afecte el tiempo de la emisión del resultado, considerado en el Catálogo antes mencionado, será notificado por medio de Oficio. 10.-Se acepta de conformidad que la muestra sea enviada a Control de Calidad de acuerdo a los lineamientos establecidos por el InDRE, cuando aplique. 11.-Se acepta la disposición final a la que sea sometida la muestra de acuerdo a los procedimientos utilizados.					
ESTADO DE ENFERMEDAD					
SINTOMÁTICO ASINTOMATICO AGUDO CRONICO DISEMINADO LOCALIZADO RECAIDA EXTRAINTESTINAL DEFUNCIÓN CONVALESCIENTE EMBARAZO FECHA DE LA ÚLTIMA REGLA / / (DIA MES AÑO) OTROS					
HEMORRAGIAS Y ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS					
EQUIMOSIS PLAQUETOPENIA EPISTAXIS MELENA HEMATEMESIS HEMOCONCENTRACIÓN ASCITIS METRORRAGIA CORIZA HEMATURIA PETEQUIAS GINGIVORRAGIA RECTORRAGIA EOSINOFILIA					
TRATAMIENTO					
¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO ESPECÍFICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____					
FECHA DE INICIO FECHA DE TERMINO / / (DIA MES AÑO) (DIA MES AÑO)					
DOSIS CONVENCIONAL ESPECÍFICA ESPECIFIQUE _____					
ANTECEDENTES VACUNALES					
TIPO DE VACUNA: _____					
FECHA DE VACUNACIÓN / / (DIA MES AÑO)					
NOTAS ADICIONALES (Resultados de Laboratorio y gabinetes importantes del caso) _____ _____ _____ _____ _____					
Consulte nuestro aviso de privacidad en: http://www.ssaver.gob.mx/lesp					
NOMBRE _____					
FIRMA CLIENTE _____					
FECHA _____					