



JEFATURA DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO



SOLICITUD DE ANÁLISIS

DATOS DE LA INSTITUCION 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 _____ / _____ / _____ O FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
 (AÑOS MESES DIAS) (DIA MES AÑO)
 SEXO M F No. DE EXPEDIENTE/FILIACIÓN _____ OCUPACION _____
 HOSPITALIZACIÓN SI NO SITUACIÓN DEL PACIENTE VIVO MUERTO

INFORMACION DE LA MUESTRA

<input type="checkbox"/>	SUERO	<input type="checkbox"/>	HECES FECALES	<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 _____ / _____ / _____ DE TOMA: _____ / _____ / _____ HORA: _____ DE RECEPCION EN _____ / _____ / _____
 (DIA MES AÑO) (DIA MES AÑO) (DIA MES AÑO) EL LABORATORIO: (DIA MES AÑO)

EN CASO DE SOSPECHA DE RABIA CONTESTE LO SIGUIENTE:

¿SUFRIÓ AGRESIÓN POR PARTE DEL ANIMAL SEÑALADO? SI NO
 NÚMERO DE PERSONAS QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL ANIMAL _____
 EDAD DEL ANIMAL _____ FECHA DE MUERTE DEL ANIMAL _____ / _____ / _____ CAUSA DE LA MUERTE _____
 (DIA MES AÑO)
 SIGNOS 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:

VIH POSITIVO VIH NEGATIVO
 TB PULMONAR TB EXTRAPULMONAR
 ESTUDIO SOLICITADO
 CULTIVO DIAGNÓSTICO CULTIVO CONTROL CULTIVO FARMACORRESISTENCIA
 ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO? SI NO
 FECHA DE LA ULTIMA TOMA: _____ / _____ / _____
 (DIA MES AÑO)

EN CASO DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD EXANTEMATICA

EXANTEMA
 FECHA DE INICIO _____ / _____ / _____ FECHA DE TERMINO _____ / _____ / _____
 (DIA MES AÑO) (DIA MES AÑO)
 TIPO
 MACULAR PUSTULA
 COSTRA ERITEMATOSO
 PAPULAR KOPLIN

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUAL(ES):

ESTREPTOMICINA ISONIACIDA RIFAMPICINA ETAMBUTOL
 PIRAZINAMIDA ETIONAMIDA OTROS (S) _____
 RESULTADO BACILOSCOPIA
 NEGATIVO CONTABLE POSITIVO +
 POSITIVO ++ POSITIVO +++

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

CRISIS CONVULSIVAS MENINGITIS
 COMA PARALISIS
 INCOORDINACIÓN HIDROFOBIA
 CAMBIOS DE CONDUCTA FOTOFOBIA
 FIEBRE
 FECHA DE INICIO _____ / _____ / _____ TEMPERATURA _____
 (DIA MES AÑO)
 DURACIÓN _____ DIAS PERIODICIDAD _____

MUESTRA NEUTRALIZADA CON Na₂CO₃ UN MILIGRAMO POR MILITRO DE MUESTRA (UNICAMENTE ORINA Y JUGO GÁSTRICO) SI NO

CLAVE LESP: _____

