

CLAVE

CÓDIGO  
 DE BARRAS

**NºHC / NUHSA**

**1º APELLIDO**

**2º APELLIDO**

**NOMBRE**

Hombre  Mujer

**Nº S.SOCIAL / TIS**  /  /

**FECHA NACIMIENTO**  .  .

PEGAR ETIQUETA ADHESIVA DATOS DEMOGRÁFICOS AJUSTADA A ESTE RECUADRO

Extrahospitalario  
 Intrahospitalario

**CNP FACULTATIVO**

**Juicio Clínico / Observaciones :**

<b>SERVICIO PETICIONARIO</b>	<b>DESTINO Nº</b>	<b>Hab. - Cama</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Motivo Petición**

Diagnóstico

Control evolutivo

Vigilancia

Control esterilidad

**Factores de Riesgo**

Corticoides  Neutropenia

Diabetes  Trasplante M.O.

Fibrosis quística  Trasplante O.S.

Gestación  Otros

Neoplasia

**Tto. antimicrobiano**

No

Si

**Tipos de Muestras Una petición por muestra**

<p><b>Abscesos (1)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Abscesos</p> <p><b>Biopsias</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ganglionar</p> <p><input type="checkbox"/> Hepática</p> <p><input type="checkbox"/> Médula osea</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmonar</p> <p><input type="checkbox"/> Vertebral</p> <p><input type="checkbox"/> Otras muestras:</p>	<p><b>Catéteres (1)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Punta cateter</p> <p><input type="checkbox"/> Inserción</p> <p><input type="checkbox"/> Conexión</p> <p><b>Heces</b></p> <p><input type="checkbox"/> Heces</p> <p><b>Hemocultivos (3)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sangre Cat. central</p> <p><input type="checkbox"/> Sangre Res. central</p> <p><input type="checkbox"/> Sangre Vena periférica</p>	<p><b>Exudados (1,2)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Conjuntival</p> <p><input type="checkbox"/> Drenajes</p> <p><input type="checkbox"/> Herida (4)</p> <p><input type="checkbox"/> Ulcera (5)</p> <p><b>Genitales</b></p> <p><input type="checkbox"/> Endocervical</p> <p><input type="checkbox"/> Uretral</p> <p><input type="checkbox"/> Vaginal</p> <p><input type="checkbox"/> Vagino-rectal</p> <p><input type="checkbox"/> Semen</p>	<p><b>Líqu. estériles</b></p> <p><input type="checkbox"/> Articular/Sinovial</p> <p><input type="checkbox"/> Ascítico/Peritoneal</p> <p><input type="checkbox"/> Bilis</p> <p><input type="checkbox"/> L.C.R.</p> <p><input type="checkbox"/> Pleural</p> <p><b>Orinas (2)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Micción media</p> <p><input type="checkbox"/> Orina sondada</p>	<p><b>Respiratorio</b></p> <p><input type="checkbox"/> Broncoaspirado</p> <p><input type="checkbox"/> Cepillado bronquial</p> <p><input type="checkbox"/> Espujo</p> <p><input type="checkbox"/> Espujo inducido</p> <p><input type="checkbox"/> Ex. Nasal</p> <p><input type="checkbox"/> Ex. Otico</p> <p><input type="checkbox"/> Ex. Faringo-amig.</p> <p><input type="checkbox"/> Lav. broncoalveolar</p>
---	--	--	--	--

- Indicar localización anatómica :
- Indicar forma obtención de la muestra :
- Indicar luces del catéter central :
- Indicar si herida traumática, quirúrgica, por mordedura :
- Indicar si decúbito; pie diabético :

**Determinaciones**

<p><b>Cultivos</b></p> <p><input type="checkbox"/> Convencional</p> <p><b>Cultivos Especiales</b></p> <p><input type="checkbox"/> Actinomyces</p> <p><input type="checkbox"/> Brucella</p> <p><input type="checkbox"/> Hongos</p> <p><input type="checkbox"/> Helicobacter</p> <p><input type="checkbox"/> Legionella</p> <p><input type="checkbox"/> Micobacterias</p> <p><input type="checkbox"/> Micoplasmas/Ureaplasmas</p> <p><input type="checkbox"/> Nocardia</p> <p><input type="checkbox"/> Shell-vial CMV</p>	<p><b>Microscopia</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gram</p> <p><input type="checkbox"/> Ziehl/Auramina</p> <p><input type="checkbox"/> Tinta china</p> <p><input type="checkbox"/> Examen KOH</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumocystis</p> <p><b>Colonización</b></p> <p><input type="checkbox"/> Acinetobacter</p> <p><input type="checkbox"/> Enterobacteria (BLEE)</p> <p><input type="checkbox"/> S agalactiae (EGB)</p> <p><input type="checkbox"/> S aureus (SAMR)</p>	<p><b>Antigenos</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aspergillus(Galactomanano)</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis</p> <p><input type="checkbox"/> Criptococo</p> <p><input type="checkbox"/> Helicobacter pylory</p> <p><input type="checkbox"/> Influenza A/B</p> <p><input type="checkbox"/> Legionella</p> <p><input type="checkbox"/> Neumococo</p> <p><input type="checkbox"/> Plasmodium</p> <p><input type="checkbox"/> Rotavirus/Adenovirus</p> <p><input type="checkbox"/> VRS</p>	<p><b>Toxinas</b></p> <p><input type="checkbox"/> Clostridium difficile A+B</p> <p><b>Parasitos</b></p> <p><input type="checkbox"/> Parasitos</p>
---	---	--	---

**Otras determinaciones:**

-----

-----

Firma : \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Instrucciones**

Bien  Mal

