



VIGILANCIA DE DIARREAS Y ENFERMEDADES DE TRANSMISION ALIMENTARIA

FORMULARIO DE DERIVACION DE MUESTRAS AL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA INEI – ANLIS “DR. CARLOS G. MALBRAN”

INSTITUCION

Institución que remite			
Domicilio			
Ciudad		Provincia	
TE		Fax	
E-mail			
Nombre del responsable del envío			
Fecha de envío			

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y Nombre					
N° de Historia Clínica					
Edad	Años		Meses		
Sexo	Masculino		Femenino		
Dirección					
Localidad		Partido/Dpto.		Provincia	

ENTIDAD CLINICA AL MOMENTO DE SOLICITADO EL ESTUDIO

Diarrea no sanguinolenta ₁, Diarrea sanguinolenta ₂, SUH ₃, Bacteriemia ₄,

Asintomático ₅, Otra ₆ Cuál: _____

Fecha de Inicio de Síntomas: / / 20

Ambulatorio , Hospitalizado

Tratamiento Antibiótico antes de la toma de muestra: Si ₁ No ₀

TIPO DE MUESTRA

FECHA TOMA DE MUESTRA

N° DE MUESTRA

Materia fecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hisopado rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aislamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suero 1ª muestra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suero 2ª muestra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Sangre macroscópica SI NO NS

Leucocitos por campo: 0 ; 1-4 ; 5≥

Germen identificado (Marcar con una cruz el que corresponda):

Ninguno
E. coli O157
E. coli no-O157
Salmonella
Shigella
Campylobacter
Listeria
Otro Especificar: _____

Investigación de contactos: Sí , No (llenar Formulario de Contacto)

Sospecha de brote: Sí , No

Investigación Epidemiológica del Brote: Sí , No (llenar Formulario de Alimento)

Investigación de Alimento: Sí , No

La cepa forma parte de WHONET: Sí , No

Microorganismo identificado (1)		Cepa N°		Sospecha de brote	
Microorganismo identificado (2)		Cepa N°		Sospecha de brote	
Microorganismo identificado (3)		Cepa N°		Sospecha de brote	

Observaciones:

CRITERIOS PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE AISLAMIENTOS DE ORIGEN HUMANO	
Dato solicitado	Datos a ingresar
Apellido y Nombre del Paciente	
Edad (Años)	Ingrese en este lugar la edad del paciente solo si la misma es igual o mayor de 5 años.
Meses	Ingrese la edad en meses del paciente, cuando el mismo sea menor a 5 años.
Nº H. Clínica	Nº Historia Clínica del paciente en la Institución que remite los datos.
Nº de Muestra	Nº de Muestra asignada en la Institución que remite.
Microorganismo Identificado	Escribir el nombre del microorganismo identificado.
Aislamiento	Muestra de donde se aisló el microorganismo Opciones 1 - Sangre 2 - Orina 3 - Materia Fecal 4 - LCR 5 - Suero 6 - Otros
Observaciones	Completar con comentarios que puedan aclarar la situación epidemiológica