



**PROTOCOLO PARA LA DERIVACIÓN DE MUESTRAS Y CEPAS**

**DATOS DEL PACIENTE\***

Apellidos y Nombre:		
Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nacionalidad:

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE DERIVA\***

Dr.:		Servicio:	
Hospital y/o Institución		Provincia:	
CP	e-mail:	TE:**	Fax:**

**SOLICITUD\***

Examen directo <input type="checkbox"/>	Cultivo <input type="checkbox"/>	Identificación de aislamiento <input type="checkbox"/>	Búsqueda de <i>Pneumocystis spp.</i> <input type="checkbox"/>
Sensibilidad AB <input type="checkbox"/> 5FC <input type="checkbox"/> FCZ <input type="checkbox"/> ITZ <input type="checkbox"/> VCZ <input type="checkbox"/> Otro:.....			
Anticuerpos anti <i>H. capsulatum</i> <input type="checkbox"/> <i>C. immitis</i> <input type="checkbox"/> <i>P. brasiliensis</i> <input type="checkbox"/> <i>Candida</i> <input type="checkbox"/>			
<i>Aspergillus spp</i> <i>Aspergillus fumigatus</i> <input type="checkbox"/> <i>Aspergillus niger</i> <input type="checkbox"/> <i>Aspergillus flavus</i> <input type="checkbox"/>			
Detección de antígeno de <i>Cryptococcus neoformans</i> <input type="checkbox"/>		Detección de antígeno de <i>Aspergillus</i> <input type="checkbox"/>	

**MOTIVO\***

Diagnóstico <input type="checkbox"/>	Control de Tratamiento <input type="checkbox"/>
Episodio recidivante <input type="checkbox"/> N° de episodio:	N° referencia de muestra/s anteriores:

Todos los datos requeridos a continuación son imprescindibles para el procesamiento de la muestra

**PARA ENVIO DE ESPECIMENES CLINICOS\***

Suero <input type="checkbox"/>	LCR <input type="checkbox"/>	Hemocultivo <input type="checkbox"/>	Orina por punción <input type="checkbox"/>	Otras:
Cortes histológicos o improntas para coloraciones especiales <input type="checkbox"/>		Muestra de origen pulmonar <input type="checkbox"/>	Biopsia <input type="checkbox"/>	
		Especificar .....	(especificar) .....	

**PARA ENVIO DE AISLAMIENTOS\***

Levaduras <input type="checkbox"/>	Hongo micelial <input type="checkbox"/>	Hongo dimorfo <input type="checkbox"/>	
NUMERO DE REFERENCIA DE SU MUESTRA:		Fecha recolección:	
ORIGEN DEL AISLAMIENTO ENVIADO*			
Hemocultivo <input type="checkbox"/>	Hemo-retrocultivo <input type="checkbox"/>	Catéter <input type="checkbox"/>	Biopsia <input type="checkbox"/> (especificar).....
Orina por sonda <input type="checkbox"/>	Orina por punción <input type="checkbox"/>	Micción media <input type="checkbox"/>	LCR <input type="checkbox"/> Ex. Orofaringeo <input type="checkbox"/> Ex. Vaginal <input type="checkbox"/>
Piel <input type="checkbox"/> Pelo <input type="checkbox"/> Uña <input type="checkbox"/>	Muestra de origen pulmonar <input type="checkbox"/>		
Especificar zona:	Especificar:		
Examen directo <input checked="" type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	<b>Desarrollo en cultivo</b>		
Especificar estructuras observadas:.....	puro <input type="checkbox"/> mixto <input type="checkbox"/>		
	Especificar.....		

**DATOS CLINICOS\***

Diagnóstico presuntivo:	
Fecha de inicio de los síntomas:	
Inmunodepresión: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Especificar:	
Otra enfermedad subyacente	
Antecedente de enfermedad pulmonar No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Especificar:	
Paciente con catéter No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desde.....Hasta.....	
Paciente con sonda No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desde.....Hasta.....	
Tratamiento: AB <input type="checkbox"/> 5FC <input type="checkbox"/> FCZ <input type="checkbox"/> ITZ <input type="checkbox"/> Otros:.....Desde.....Hasta.....Dosis: .....	
Lugar de Residencia: Otras provincias o países que visitó o habitó:	
Otros datos (contacto con animales, vegetales, madera, trabajo rural, etc.):	
Responsable del envío:	Fecha del envío:

\*Campos obligatorios

\*\*Incluir el código de área y el número de interno (cuando corresponda)

Departamento Micología – INEI – ANLIS "Carlos Malbrán" Av. Velez Sarsfield 563. Tel 011- 4302-5066

Micosis Profundas e-mail: mprofundas@anlis.gov.ar  
Antifúngicos e-mail: scordoba@anlis.gov.ar

Levaduras e-mail: ebosco@anlis.gov.ar  
Miceliales e-mail: nrefojo@anlis.gov.ar