



Todo aislamiento o material clínico remitido para identificación y/o confirmación de identificación presuntiva, deberá ser enviado adjuntando la siguiente planilla con todos los datos completos. No se procesarán aquellos materiales que no sean remitidos con la información requerida.

1- Nombre y apellido del paciente Fecha de nacimiento __/__/__ Sexo M F

Pacientes menores de 1 mes Edad gestacional Peso al nacer

Ocupación y actividad

Condiciones habitacionales Agua potable Cloacas Rural Urbano

Tipo de vivienda

Contacto con animales Mascotas Ganado Animales salvajes

Antecedentes de mordedura Humana Animal

2- Hospital donde fue identificado el cultivo _____

Hospital donde fue tratado el paciente _____

Infección causada por el MO

Bacteriemia sin foco <input type="checkbox"/>	Meningitis <input type="checkbox"/>	Otitis media <input type="checkbox"/>	Neumonía <input type="checkbox"/>
Aborto séptico <input type="checkbox"/>	Celulitis <input type="checkbox"/>	Epiglotitis <input type="checkbox"/>	SUH <input type="checkbox"/>
Corioamnionitis <input type="checkbox"/>	Peritonitis <input type="checkbox"/>	Endocarditis <input type="checkbox"/>	Sepsis puerperal <input type="checkbox"/>
Fascitis necrotizante <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	Endometritis <input type="checkbox"/>	Osteomielitis <input type="checkbox"/>
Artritis séptica <input type="checkbox"/>	Absceso - localización <input type="text"/>		
Otras - especificar <input type="text"/>			

No se procesarán materiales que no se acompañen de un resumen de la historia clínica (antecedentes clínicos epidemiológicos, tratamiento, evolución)

Sitios estériles donde fue hallado el MO

Hemocultivo (Nº) <input type="checkbox"/>	LCR <input type="checkbox"/>	Material óseo <input type="checkbox"/>
Articulaciones <input type="checkbox"/>	Líquido pleural <input type="checkbox"/>	Líquido peritoneal <input type="checkbox"/>
Orina <input type="checkbox"/>	Material quirúrgico (cual?) <input type="text"/>	
Otros - especificar <input type="text"/>		

Otros sitios de aislamiento del MO

Piel y partes blandas <input type="checkbox"/>	Placenta <input type="checkbox"/>	Herida <input type="checkbox"/>
Espuito <input type="checkbox"/>	Líquido amniótico <input type="checkbox"/>	Oído medio <input type="checkbox"/>
Senos paranasales <input type="checkbox"/>	Otros - especificar <input type="text"/>	

Fecha de obtención del primer cultivo __/__/__



3- Condiciones de base del paciente

Mieloma múltiple Fumador Anemia Esplenectomía
 Neutropenia Efisema/EPOC Leucemia Asma
 Síndrome nefrótico Quemaduras Alcoholismo SIDA
 Diabetes melitus Trauma/cirugía Cirrosis Falla hepática
 Válvulas protésicas Aterosclerosis LES Embarazo
 Enf de Hodking's Infección por HIV Insuficiencia renal
 Terapia inmunosupresora (corticoides, quimioterapia, radiación)
 Enfermedad cardiovascular Deficiencia de inmunoglobulinas
 Transplante de órganos-especificar
 Otras enfermedades malignas-especificar
 Otras enfermedades anteriores-especificar

Realizó viajes al exterior el paciente? (lugar, mes y año)

Se alojó en lugares con ambientes climatizados? SI NO Realizó actividades relacionadas con ambientes acuáticos? SI NO

Consumió alimentos sospechosos? Cuáles?

4- Estudios clínicos (hemograma, glucemia, uremia, enzimas hepáticas, etc.) _____

Estudios por imágenes (RX, TAC, ECG) _____

5- Datos del laboratorio de microbiología

Microscopia _____

Pruebas bioquímicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pruebas de sensibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Identificación presuntiva _____

IMPORTANTE COMPLETAR	Institución _____
Remitido por _____	Tel./fax _____ e-mail _____
Médico tratante _____	Tel./fax _____ e-mail _____