



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

DNI 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	Herida	<input type="checkbox"/>
Espuito	<input type="checkbox"/>	Líquido amniótico	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 _____