

FICHA DE DERIVACIÓN DE MUESTRAS CLÍNICAS O AISLAMIENTOS MICROBIANOS - 2014

DATOS DEL HOSPITAL DERIVANTE

Hospital: _____ **Ciudad:** _____ **Provincia:** _____
Htal. derivador a través de la red provincial: _____ **Fecha de envío:** ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE

Apellido: _____ **Sexo:** Masculino Femenino
Nombre: _____ **Fecha de nacimiento** ____/____/____
DNI: _____ **Edad:** _____ **Embarazo:** No Si

DATOS DE LA MUESTRA

ID de muestra _____ **Fecha de Toma de muestra** ____/____/____

Material derivado:

Aislamiento Muestra clínica

Origen del material

Uretra <input type="checkbox"/>	Faringe <input type="checkbox"/>	Semen <input type="checkbox"/>	Úlcera <input type="checkbox"/>
Cérvix <input type="checkbox"/>	Conjuntiva <input type="checkbox"/>	Aspirado Nasofaríngeo <input type="checkbox"/>	Ano <input type="checkbox"/>
Vagina <input type="checkbox"/>	Articulación <input type="checkbox"/>	Otro kjhk <input type="checkbox"/>	

Estudio solicitado (Consignar en caso de envío de muestra clínica)

C. trachomatis *C.t por LGV* *M. hominis - U. spp* *M. genitalium* *N. gonorrhoeae* HSV *T.pallidum*

DATOS EPIDEMIOLOGICOS (Campo no obligatorio pero conveniente)

Ocupación

Viajante/transportista Estudiante Trabajador/a sexual Otra Cual? _____

Tipo de contacto sexual

Con Hombre Estable Más de una pareja sexual en 3 meses:
 Con Mujer Ocasional

Motivo del estudio: Síntomas Esterilidad Control Posible Abuso Síntomas post tratamiento Otro

Síntomas y signos No Si

Genitales

Flujo abundante <input type="checkbox"/>	Flujo con olor desagradable <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal <input type="checkbox"/>	Sintomatología respiratoria <input type="checkbox"/>
Picazón <input type="checkbox"/>	Sangrado post coital <input type="checkbox"/>	Secreción conjuntival <input type="checkbox"/>	
Ardor al orinar <input type="checkbox"/>	Presencia de lesión <input type="checkbox"/>	Dolor articular <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/> Cuál _____
Exudado Uretral <input type="checkbox"/>		Fiebre <input type="checkbox"/>	

Extragenitales

Antecedentes obstétricos vinculados a infección genital

Partos Prematuros Abortos espontáneos Ruptura Prematura de Membrana Sin antecedentes

Antecedentes de otras ITS

No Si Cuál: VIH Gonorrea Sífilis Herpes Otras **Usa Drogas IV**

TRATAMIENTO

¿Tomo antibióticos en los últimos 15 días? No Sí Cual _____ Fecha de última toma: ____/____/____

Tratamiento actual indicado _____

¿Se indico tratamiento en Pareja? No Sí Cual _____

Nombre y firma del responsable _____ **E-mail:** _____

Tel: _____ **Fax:** _____