

**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  Cual: 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:** \_\_\_\_\_