



SERVICIOS
DE SALUD

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

JEFATURA DE CONTROL ANALÍTICO EPIDEMIOLÓGICO

FECHA DE EMISIÓN
2009-06-08

**ANEXO 1 FAE-26-1/3: SOLICITUD DE ANALISIS PARA
DIAGNOSTICO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS BACTERIANAS**

ULTIMA
ACTUALIZACION
2016-05-12

1 DE 2

(USO EXCLUSIVO DEL LESP)

NO. REG: _____

FECHA DE RECEPCIÓN: _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

INSTITUCIÓN SOLICITANTE: _____

JURISDICCIÓN: _____

TELEFONO: _____

FAX: _____

MEDICO SOLICITANTE: _____

FIRMA: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE O CLAVE: _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE(S) _____

EDAD (años):

--	--

SEXO:

M	F
---	---

TELEFONO: _____

DIRECCIÓN: _____ (FAVOR DE ANOTAR REFERENCIA COMPLETA)

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

INDIQUE CON UNA X LOS SINTOMAS

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inicio súbito | <input type="checkbox"/> Rinitrea | <input type="checkbox"/> Fiebre |
| <input type="checkbox"/> Tos: <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Productiva | <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Disnea |
| <input type="checkbox"/> Malestar general | <input type="checkbox"/> Apnea | <input type="checkbox"/> Escalofrío |
| <input type="checkbox"/> Mialgias | <input type="checkbox"/> Cianosis | <input type="checkbox"/> Artralgias |
| <input type="checkbox"/> Dolor pleural | <input type="checkbox"/> Congestión nasal | <input type="checkbox"/> Conjuntivitis |
| <input type="checkbox"/> Rinitis | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | |

Otros _____

HOSPITALIZACIÓN: SI NO

FECHA DE INICIO: _____ / _____ / _____
_____ 1ER MTRA DÍA / MES / AÑO

FECHA DE TOMA DE MUESTRA: _____ / _____ / _____
_____ 3ER MTRA DÍA / MES / AÑO

ESTADIO DE LA ENFERMEDAD AGUDO CRÓNICO RECAÍDA LOCALIZADO DISEMINADO

RESUMEN BREVE: _____

ELABORADO POR: QBP. ESMERALDA IGLESIAS R.

SERVICIOS
DE SALUD

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

JEFATURA DE CONTROL ANALÍTICO EPIDEMIOLÓGICO

FECHA DE EMISIÓN
2009-06-08**ANEXO 1 FAE-26-1/3: SOLICITUD DE ANALISIS PARA
DIAGNOSTICO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS BACTERIANAS**ULTIMA
ACTUALIZACION
2016-05-12

2 DE 2

INDIQUE CON UNA X EL TIPO DE MUESTRA (Abreviatura)

Exudado faringeo (Ex.F) Exudado nasofaringeo (Ex. NF) Exudado ótico (Ex. Ot)
 Exudado ocular (Ex Oc) Hemocultivo (Hm) Líquido cefalorraquídeo (LCR)
 Aspirado bronquial (Asp. B) Espuña Otros _____

TRATAMIENTO

 SI ¿CUAL? _____

VACUNACIÓN

TIPO: _____

 NO

FECHA DE INICIO ____/____/____

FECHA DE VACUNACIÓN ____/____/____

FECHA DE TERMINO ____/____/____

INDIQUE CON UNA X LA JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO

DIAGNÓSTICO: _____ CEPA DE REFERENCIA _____ CONTROL DE CALIDAD _____

DAGNÓSTICO SOLICITADO _____

TIPO DE VIGILANCIA: RUTINA: _____ BROTE: _____ CONTINGENCIA: _____

Se ignora _____

INFORMACIÓN EPIDEMIOLOGICA

¿Hubo contacto con otros casos similares? Si _____ No _____

¿Presenta alguna enfermedad crónica? Si (indicar cuales) _____ No _____ Se ignora _____

¿Tuvo contacto con animales en los últimos 5 días antes de iniciados los síntomas? Si _____ NO _____

¿Viajo unos días antes de iniciada la enfermedad? Si _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa indicar lugar y fecha: _____ / _____ / _____

OBSERVACIONES _____

(USO EXCLUSIVO DEL LESP)

Conservada en refrigeración: SI NO A Temperatura Ambiente: SI NOCondiciones de la muestra Adecuada Inadecuada

Observaciones: _____

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

1. Todos los datos del paciente y de la institución solicitante deben estar debidamente requisitados.
2. Indicar **TODOS** los síntomas que presente el paciente
3. No olvide indicar la FECHA DE INICIO y la FECHA DE TOMA DE MUESTRA.
4. En el rubro de tipo de muestra indicar únicamente que se esta enviando, no marcar nada en el rubro que está indicando que es USO EXCLUSIVO DEL LESP.
5. En INFORMACIÓN EPIDEMIOLOGICA requisitar todas las preguntas que ahí se indican
6. En caso de que falten datos se procederá a rechazar la muestra.

ELABORADO POR: QBP. ESMERALDA IGLESIAS R.