	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):	<input type="text"/> <input type="text"/>	SEXO:	<input type="text"/> M <input type="text"/> 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"/> Rinorrea		<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: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
FECHA DE INICIO: ____/____/____			FECHA DE TOMA DE MUESTRA: ____/____/____		
DÍA / MES / AÑO			DÍA / MES / AÑO		
____ 1ER MTRA		____ 2DA MTRA		____ 3ER MTRA	

ESTADIO DE LA ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO <input type="checkbox"/> RECAÍDA <input type="checkbox"/> LOCALIZADO <input type="checkbox"/> DISEMINADO					
RESUMEN BREVE: _____					

ELABORADO POR: QBP. ESMERALDA IGLESIAS R.

	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)

<input type="checkbox"/> Exudado faringeo (Ex.F)	<input type="checkbox"/> Exudado nasofaringeo (Ex. NF)	<input type="checkbox"/> Exudado ótico (Ex. Ot)
<input type="checkbox"/> Exudado ocular (Ex Oc)	<input type="checkbox"/> Hemocultivo (Hm)	<input type="checkbox"/> Líquido cefalorraquídeo (LCR)
<input type="checkbox"/> Aspirado bronquial (Asp. B)	<input type="checkbox"/> Esputo	<input type="checkbox"/> Otros _____

TRATAMIENTO

☐ SI ¿CUAL? _____

☐ NO

FECHA DE INICIO ____/____/____

VACUNACIÓN

TIPO: _____

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: _____

INFORMACIÓN EPIDEMIOLOGICA

Se ignora _____

¿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 ☐ NO

Condiciones 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.