 <b>SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA</b>		
	JEFATURA DE CONTROL ANALÍTICO EPIDEMIOLÓGICO		FECHA DE EMISIÓN 2009-06-08
	<b>ANEXO 1 FAE-26-1/3:</b> SOLICITUD DE ANALISIS PARA DIAGNOSTICO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BACTERIANAS		ULTIMA ACTUALIZACION 2016-05-12
			1 DE 2

(USO EXCLUSIVO DEL LESP)	
FECHA DE RECEPCIÓN: _____	NO.REG: _____


<b>DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE</b>	
INSTITUCIÓN SOLICITANTE: _____	JURISDICCIÓN: _____
TELEFONO: _____	FAX: _____
MEDICO SOLICITANTE: _____	FIRMA: _____

<b>DATOS DEL PACIENTE</b>			
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: _____	

<b>INDIQUE CON UNA X LOS SINTOMAS</b>		
<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.

	<b>LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA</b>		
	JEFATURA DE CONTROL ANALÍTICO EPIDEMIOLOGICO		FECHA DE EMISIÓN 2009-06-08
	<b>ANEXO 1 FAE-26-1/3:</b> 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"/> Espudo	<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

¿Hubo contacto con otros casos similares? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Se ignora \_\_\_\_\_

¿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.