

Nombre Méd:

Tlf:

Cód. vial:

Nº C.I. o RUC:
(para facturación)

Mail:

Datos del paciente

Nombres y apellidos:

C.I.:

Edad: años Fecha nac.: DD / MM / AAAA Sexo: M F Embarazo: No Sí Semanas

FUM: DD / MM / AAAA Abortos: # Partos: # Cesáreas: #

Otros antecedentes:

Información para análisis microbiológicos

Diagnóstico presuntivo:

Síntomas y signos principales:

Terapia antibiótica actual:

Estudio(s) Solicitado(s)

Servicios Principales

Citología en Base Líquida
 PAP Convencional
 Screening + Genotipificación
 de Virus del Papiloma Humano 23S 29S 40S
 GinePlus PCR (30 parámetros)
 Flora Scan Vaginal (8 parámetros)
 Panel de detección de 12 ITS
 NeumoPlus PCR (9 agentes)
 Prueba ADN paternidad Informativa

Combos

12 ITS + Flora Scan + GinePlus PCR
 CO-TEST (Cit. bas. liq. y gen. VPH) 29S 40S
 VPH + 12 ITS 29S 40S
 VPH + 12 ITS + Citología 29S 40S
 VPH + Flora Scan PCR 29S 40S
 VPH + GinePlus PCR 29S 40S

Solo GYE

Serología de ETS Completa (6) (Inmunocromatografía)
 Torch IGG e IG
 12 ITS + 6 ETS (Inmunocromatografía)

Solo GYE y UIO

Serología de ETS (6) (Electroquimioluminiscencia)

Otro(s):

*Para solicitar análisis de biopsias, llenar el formulario de solicitud pertinente y autorizado por Labgenetics.

Microbiología

Tipo de muestra

Exudado Vaginal Endocervical .. Uretral
 Conjuntival ... Faringeo
 Piel y partes blandas
 Otros Orina Heridas y abscesos Semen

Análisis a realizar

Microscopía
Cultivo dirigido SOLO a gestantes
 Cultivo de secreción VAGINAL para identificación de *Streptococcus agalactiae* (Grupo B)

*Cultivo

Observación: Los cultivos ENDOCERVICALES son solo para identificar *Neisseria gonorrhoeae*.

Fecha de toma: DD / MM / AAAA

Hora:

Ciudad:

Pago realizado

No Sí \$

Tipo de pago

Efectivo Cheque Transferencia

Firma del Solicitante

Firma del recolector