

Nombre Méd: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_ Cód. vial: \_\_\_\_\_

Nº C.I o RUC: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
(para facturación)

**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 <input type="checkbox"/>               | Endocervical <input type="checkbox"/>       | Uretral <input type="checkbox"/> |
|         | Conjuntival <input type="checkbox"/>           | Faringeo <input type="checkbox"/>           |                                  |
|         | Piel y partes blandas <input type="checkbox"/> |   |                                  |
| Otros   | Orina <input type="checkbox"/>                 | Heridas y abscesos <input type="checkbox"/> | Espuito <input type="checkbox"/> |

**Análisis a realizar**

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

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