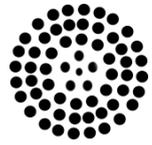


**INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

**Ficha para derivación
de muestras o cepas**



Hospital Dr. Horacio Heller



Laboratorio Central Neuquén

HOSPITAL DERIVADOR: _____

FECHA DE ENVÍO: ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE

Apellido: _____

SEXO: M F

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre: _____

Dirección: _____ Tel: _____

DNI: _____

Embarazo: SI NO

DIAGNOSTICO CLÍNICO

Uretritis Ulcera Genital: Sífilis Herpes EIP Cervicitis Tricomoniasis Otro: _____

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación: Viajante/Transportista Estudiante Trabajador/a Sexual Otras

Tipo de Contacto Sexual: Hombre Mujer Estable Ocasional

Método Anticonceptivo: DIU Barrera Hormonal NO

Motivo del Estudio: Síntomas Esterilidad Control Abuso Síntomas Post TTO

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: ____/____/____

SINTOMAS Y SIGNOS

Genitales

Flujo Abundante Flujo c/olor Picazón Sangrado Post Coito Ardor al orinar

Exudado Uretral Lesión Otro Cual? _____

Antecedentes de otras ITS

NO VIH GONORREA SIFILIS HERPES Ulcera de etiología desc. Uretritis de etiología desc.

OTRAS: _____ USA DROGAS IV:

TRATAMIENTO

Tomo antibióticos en los últimos 15 días: Si No Cual: _____ Fecha de ultima toma: _____

Tratamiento actual indicado: _____ Tto a pareja? SI NO Cual? _____

DATOS DE LA MUESTRA

ESTUDIO SOLICITADO: _____ Nº de muestra: _____ Fecha de toma de muestra: ____/____/____

Material derivado: Aislamiento Muestra Clínica

Origen del Material: Uretra Cervix Vagina Faringe Conjuntiva Articulación

Semen Aspirado Nasofaríngeo Ulcera Ano Otro: _____

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO DE SEROLOGÍA PARA VIH – HVB – SÍFILIS

Fecha: ____/____/____

Servicio: _____

Embarazo: SI NO

CODIGO:

DNI

Sexo

Primeras dos letras de
Nombre y Apellido

fecha de nac.: ddmmaaaa

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____