

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Edad: ____ días meses años Sexo: Masc. Fem.

Ambulatorio: Internado: Servicio: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____

Diagnóstico: ETI Neumonía BQL Otro Especificar: _____

Recibió vacunación antigripal en 2011 NO SI Fecha: ____/____/____

Tipo de muestra	Fecha de toma	Observaciones
Hisopado nasal (ambas narinas)		
Hisopado faríngeo		
Aspirado		
Espuito		
BAL		

Virus solicitados (PCR convencional y/o Real Time):

- Virus Influenza A y B
- Human Metapneumovirus

DATOS DEL PROFESIONAL

E-mail: _____

Establecimiento Salud: _____ Localidad: _____

FIRMA Y SELLO

ESTA FICHA DEBE SER LLENADA EN FORMA COMPLETA POR EL PROFESIONAL QUE SOLICITA LA MUESTRA, PARA REMITIR LA MISMA AL LABORATORIO