# Hoja de petición de análisis – [*nombre* laboratorio]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Información del paciente** |  | **Información del solicitante:** |
| Nombre:  |  |  | Nombre: |  |
| Dirección: |  |  | Organización |  |
| Número de teléfono: |  |  | Dirección: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |  | Número de teléfono: |  |
| Sexo: |  Hombre |  Mujer |  |  |  |

**Información de la muestra:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Urgencia: |  Normal |  | Muestra tomada del paciente: |
|  URGENTE | Fecha: | (dd/mm/aaaa) |
|  |  |  | Hora: | (hh/mm) |
|  Ayunas |  No ayunas |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Sangre Heces |  Orina Esputo |  Frotis Líquidos |  Tejido Citología |
|  Otro (especificar): |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Información clínica relevante:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tratamiento farmacológico: |  | Última dosis: |  |
|  |  | Fecha: | (dd/mm/aaaa) |
|  | Hora: | (hh/mm) |
| Otra información clínica relevante: |  |
|  |
|  |  |

**Análisis solicitado:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Análisis de perfil** | **Bioquímica** | **Hematología** | **Microbiología** | **Anatomía patológica** |
|  G2000 G 2000-X GT9 GTI NEO ES HB3 |  DFS PFH PFR PFT MAC LGL LIP |  ACE CA 1 CA 5 CA 9 PSA AFP Glucosa |  VIH tipo 1 y 2 HbA1c HBsAg H. pylori Ácido úrico T4 libre |  Análisis en sangre completa (incl. VSG) Hemograma completo Hb Leucocitos totales y recuento diferencial Plaquetas ABO y Rh (D) Plasmodios |  Análisis de elementos sólidos en orina con microscopía RPR (laboratorio de investigación de enfermedades venéreas) Microscopía/Cultivo/Sensibilidad Frotis (tinción de ZN) solo para bacilos acidorresistentes Frotis y cultivo para bacilos acidorresistentes |  Histología Exploración no ginecológica/citología con aguja finaLugar:

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pruebas adicionales:** | **Citología cervicouterina:** |
|  |  Frotis Papanicolaou Normal Sangre posterior a mononucleosis Lesión sospechosa |
|  |
|  |
|  |
|  |  Otros: |  |  |
|  | Lugar |  Cuello uterino Bóveda Otro (especificar): |  Endocrino Pared vag. lat. |  Parte posterior del fórnix vaginal |
|  |
|  |
|  |  Último periodo menstrual | (dd/mm/aaaa) |  |
|  |  Posmenopausia TRH (tratamiento de restitución hormonal) |
|  |
|  |  Otro (especificar): |  |
|  |  |
| **Fecha:** | **(dd/mm/aaaa)** |  | **Firma del solicitante:** |  |