

**Establecimiento que envía la(s) muestra(s)**

<b>Nombre del establecimiento:</b>	<b>N° Unidad Programática CCSS:</b>
<b>MQC que refiere la muestra:</b>	<b>Tel. celular y/o fijo:</b>
	<b>e-mail:</b>

**Datos del paciente**

<b>Identificación:</b> N° cédula _____ Otro: N° Pasaporte: _____ N° Cédula residencia _____ N° Expediente _____ Sin identificación _____	<b>Nombre del paciente:</b> _____ <i>Primer apellido Segundo apellido Nombre completo</i> <b>Sexo :</b> ( ) Masculino ( ) Femenino <b>Fecha de nacimiento:</b> ____/____/____ (DD-MM-AAAA)
<b>Nacionalidad (país):</b> ( ) Costarricense ( ) Extranjero, indique país: _____	<b>¿Ha viajado fuera del país en las últimas dos semanas?</b> ( ) No ( ) Sí, indique: Sitio / Lugar / País : _____
<b>Dirección del paciente:</b> _____ <i>Provincia Cantón Distrito</i>	<b>Otras señas (dirección exacta):</b> _____ <b>Teléfono celular y/o fijo:</b> _____
<b>Ocupación:</b> _____	<b>Lugar de trabajo / centro de estudios:</b> _____

**Sintomatología**

<b>Sintomático:</b> ( ) No ( ) Sí. En caso afirmativo, indique la <b>Fecha de inicio de síntomas</b> ____/____/____ (DD-MM-AAAA)		
<b>Condición del paciente:</b> <b>Hospitalizado:</b> ( ) No ( ) Sí <b>Servicio:</b> Emergencias ___ UCI ___ Salón General ___ Aislamiento ___ Otro ___	<b>Fallecido :</b> ( ) No ( ) Sí En caso afirmativo, indicar <b>Fecha de defunción:</b> ____/____/____ (DD-MM-AAAA) y <b>N° de autopsia</b> (si se realizó): _____	<b>Tipo de infección:</b> ( ) Comunitaria ( ) Intra-hospitalaria
<b>Diagnóstico presuntivo:</b> _____		
<b>¿Está el paciente asociado a un brote?</b> ( ) No ( ) Sí	<b>Código de brote</b> (para uso del CNR): _____	
<b>Hay otras personas con síntomas similares en:</b> ( ) Casa ( ) Centro de estudio ( ) Trabajo ( ) Otro, especifique: _____		

**Patógeno referido:**

Es necesario adjuntar el reporte de identificación y prueba de sensibilidad a los antibióticos generada por el laboratorio clínico.

**Datos del aislamiento:**

N° de muestra cliente	Fecha de recolección (DD-MM-AAAA)	Fecha de envío a INCIENSA (DD-MM-AAAA)	Cantidad de unidades	Origen del aislamiento: Indique de donde aisló la bacteria: heces, contenido intestinal, líquido peritoneal, sangre, bronquial, aspirado nasofaríngeo, bronco-alveolar, faríngeo, esputo, líquido pleural, LCR, líquido articular/sinovial, orina, absceso (piel, empiema, intra-abdominal), secreción (oído, ojo, vaginal, uretral, nasal), otro (especifique)

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

<b>Responsable de Solicitud:</b> _____	<b>Firma / Código:</b> _____	<b>Fecha de solicitud:</b> _____
--	------------------------------	----------------------------------

El firmante acepta los términos para la recepción de las muestras por parte del INCIENSA, por lo que la misma está sujeta a los criterios de rechazo establecidos por la Institución\*. Además, autoriza al INCIENSA a descartar la(s) muestra(s) posterior a su análisis o por motivos de bioseguridad, de acuerdo a los procedimientos y plazos establecidos



## Solicitud de Confirmación Diagnóstica para Aislamientos Bacteriológicos USTL-R02

Versión: 2

Página 2 de 2

### Instrucciones de llenado (Complete este formulario con lapicero y haciendo letra clara).

Completar la información clínico-epidemiológica solicitada en esta boleta es **requisito indispensable** para el procesamiento de la muestra en el INCIENSA. Lo anterior dado que los análisis que realiza el INCIENSA tienen como objeto desarrollar una vigilancia epidemiológica basada en laboratorio de aquellas enfermedades y eventos que se consideran de importancia en Salud Pública, incluyendo los de Notificación Obligatoria, según lo establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud vigente.

Esta boleta debe acompañar todo aislamiento que sea referido al INCIENSA para confirmación / tipificación. Los datos del paciente se consideran información confidencial; sin embargo, en el caso de las enfermedades de notificación obligatoria y otras que se consideren de importancia en salud pública, la misma debe hacerse llegar a las autoridades del nivel nacional, regional y local, para apoyar las acciones de prevención y control.

### Establecimiento de salud que envía la(s) muestra(s)

*Nombre del establecimiento:* Anote el nombre del laboratorio de donde procede la muestra. Ej. *Laboratorio Hospital Max Peralta*

*N° Unidad Programática CCSS:* Corresponde al código asignado por la CCSS al establecimiento de salud que refiere la muestra.

*MQC que refiere la muestra:* Anote el nombre del microbiólogo que refiere la muestra

*Tel. celular y/o fijo:* Corresponde al número de teléfono (celular y/o fijo) en que puede ser contactado el microbiólogo que refiere la muestra

*e-mail:* Anote el correo electrónico del microbiólogo que refiere la muestra

### Datos del paciente

*Identificación:* Anote el número de cédula del paciente con el siguiente formato #-####-####. Si el paciente no posee cédula, anote el número de identificación disponible en la línea que corresponda (ej. N° de pasaporte).

*Nombre del paciente:* Anote primer apellido, segundo apellido y nombre del paciente.

*Sexo:* Marque la casilla que corresponda.

*Fecha de nacimiento:* Indique la fecha empleando el formato (DD-MM-AAAA).

*Nacionalidad:* Marque la casilla que corresponda según la nacionalidad del paciente, si es extranjero anote el país de procedencia.

*Ha viajado fuera del país en las últimas dos semanas?* Marque la casilla según corresponda. Si la respuesta es afirmativa, indique el lugar visitado.

*Dirección del paciente:* Anote la provincia, cantón, distrito. *Otras señas:* Anote la dirección exacta del domicilio del paciente.

*Teléfonos:* Anote el número de teléfono de la residencia del paciente, celular o algún otro teléfono disponible por medio del cual se pueda contactar al paciente.

*Ocupación:* Anote la ocupación a la que se dedica habitualmente el paciente. *Lugar de trabajo o Centro de estudios:* Anote el lugar de trabajo o centro de estudio donde trabaja o estudia el paciente.

### Sintomatología

*Indique si el paciente está asintomático o sintomático.* Si presenta algún síntoma, anote la fecha de inicio de síntomas en el formato (DD-MM-AAAA).

*Condición:* Marque la casilla que corresponda. Si el paciente está hospitalizado, marque con una "X" el servicio en que se encuentra. Si se trata de un fallecido, indique la *Fecha de defunción* en el formato (DD-MM-AAAA) y el *Número de autopsia*.

*Diagnóstico presuntivo:* Anote el diagnóstico que se presume en el paciente.

*Si hay otras personas con síntomas similares* al paciente indique el lugar

*Indique si el paciente está asociado a un brote o no. Si hay otras personas con síntomas similares a los que presenta el paciente,* indique el lugar.

### Patógeno referido

Anote el nombre del patógeno que está refiriendo para ser confirmado / tipificado en el INCIENSA. Utilice una boleta por cada bacteria referida. Es indispensable adjuntar el reporte de la identificación y prueba de sensibilidad a los antibióticos generado por el laboratorio clínico que refiere la cepa.

### Datos de la cepa (Esta información es fundamental para el adecuado procesamiento de la muestra e interpretación de los resultados. Debe ser llenada por un microbiólogo).

*N° muestra cliente:* Corresponde al número con el que el laboratorio identificó la cepa que está refiriendo al INCIENSA.

*Fecha de recolección:* Anote la fecha en que se recolectó la muestra de la cual se recuperó la cepa que está siendo referido al INCIENSA.

*Cantidad de unidades:* Indique el número de unidades de un mismo aislamiento que está refiriendo al INCIENSA.

*Origen del aislamiento:* Anote el sitio de donde se aisló la bacteria (ej. sangre).

*Observaciones:* En este espacio anote cualquier información que usted considere pueda ser relevante para el análisis e interpretación de resultados o de apoyo para la investigación epidemiológica.

*Responsable de la solicitud, firma, código:* Anote el nombre del microbiólogo responsable de la solicitud, con su firma, código y fecha en que realiza la misma.

### Descargo de responsabilidad

*El firmante acepta los términos para la recepción de las muestras por parte del INCIENSA, por lo que la misma está sujeta a los criterios de rechazo establecidos por la Institución. Además, autoriza al INCIENSA a descartar la(s) muestra(s) posterior a su análisis o por motivos de bioseguridad, de acuerdo a los procedimientos y plazos establecidos*

\*[http://www.inciensa.sa.cr/servicios/Indicaciones\\_Normas.aspx](http://www.inciensa.sa.cr/servicios/Indicaciones_Normas.aspx)

"Documento propiedad del INCIENSA, cualquier impresión se considera una Copia No Controlada, verificar en el SFD la vigencia antes de hacer uso de esta versión"