



Establecimiento que envía la(s) muestra(s)

Nombre del establecimiento	N° Unidad Programática CCSS
----------------------------	-----------------------------

Establecimiento de salud para reportar los resultados

() Hospital _____	() EBAIS _____
() Área de Salud _____	() Establecimiento privado u otro _____

Datos del paciente

Identificación: N° cédula _____ Otro: N° Pasaporte _____ N° Cédula residencia _____ N° Expediente _____ N° Autopsia _____ Sin identificación _____		Nombre Paciente: _____ <i>Primer apellido Segundo Apellido Nombre completo</i> Sexo: () Masculino () Femenino Fecha de nacimiento: ____/____/____ (DD-MM-AAAA)	
Nacionalidad (país): () Costarricense () Extranjero: País: _____		¿Ha viajado en el último mes?: No () Sí () Dentro del país, lugares visitados: _____ Fuera del país, países visitados: _____ Fecha último ingreso al país: _____ (DD-MM-AAAA)	
Dirección del Paciente: Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____ Barrio – Caserío _____		Otras señas: (Dirección exacta) _____	
Ocupación: _____		Lugar de trabajo / Centro de estudio: _____	
Condición del paciente: Hospitalizado: () no () sí Servicio: Emergencias _____ UCI _____ Salón General _____ Aislamiento _____ Fallecido: () sí, indicar fecha de defunción: _____ (DD-MM-AAAA)		Factores de riesgo: () Asma () Cardiopatía () Diabetes () EPOC () HTA () Inmunosupresión () Embarazo () Personal de Salud () Ventilación mecánica () Reside en zona indígena () Otros, especifique _____	

Sintomatología

Diagnóstico Presuntivo: _____	¿Está el paciente asociado a un brote?	() No	() Sí	Código del Brote: _____
Sintomático: () no () sí <i>Indique, Fecha de inicio de síntomas</i> _____ (DD-MM-AAAA)				
Hay otras personas con síntomas similares en: () Casa () Centro de estudio () Trabajo () Otro <i>Especifique:</i> _____				
Antes de recolectar la muestra el paciente recibió: () Antibióticos () Antiparasitarios () Antivirales <i>Especifique</i> _____				
Ha recibido el paciente alguna de las siguientes vacunas: () <i>Haemophilus influenzae</i> () <i>Neisseria meningitidis</i> () <i>Streptococcus pneumoniae</i> () <i>Tosferina/DPT/Bordetella pertussis</i> . () <i>Otra</i> Indique la última dosis o refuerzo recibido: _____ Fecha de última dosis: _____				
Observaciones:				


Patógeno referido:

Vigilancia de la resistencia a Antibióticos¹:

Antibiótico	Halo (mm)	Reportado (MIC)	Antibiótico	Halo (mm)	Reportado (MIC)	Antibiótico	Halo (mm)	Reportado (MIC)	Antibiótico	Halo (mm)	Reportado (MIC)
Cloranfenicol		(R) (S) (I) ()	Tetraciclina		(R) (S) (I) ()	Rifampicin		(R) (S) (I) ()			(R) (S) (I) ()
Ciprofloxacina		(R) (S) (I) ()	Gentamicina		(R) (S) (I) ()	Cefalexina		(R) (S) (I) ()			(R) (S) (I) ()
Trimetoprim-Sulfametoxazole		(R) (S) (I) ()	Cefotaxime		(R) (S) (I) ()	Ácido Nalidixico		(R) (S) (I) ()			(R) (S) (I) ()
Ampicilina		(R) (S) (I) ()	Penicilina		(R) (S) (I) ()	Ceftriaxon		(R) (S) (I) ()			(R) (S) (I) ()
Eritromicina		(R) (S) (I) ()	Ceftazidime		(R) (S) (I) ()	Vancomici		(R) (S) (I) ()			(R) (S) (I) ()

Datos de la(s) muestra (s)

N° de muestra cliente	Fecha de recolección (DD-MM-AAAA)	Días de evolución	Cantidad de unidades	Tipo de muestra	Origen de muestra	Número de muestra	Fecha de envío a INCIENSA
						() 1 () 2 () 3 () Reposición	
						() 1 () 2 () 3 () Reposición	
						() 1 () 2 () 3 () Reposición	
Observaciones:							
Responsable solicitud/código				Firma:			Fecha de solicitud:

	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud. Cartago, Costa Rica. Tel: (506) 2279-9911 Fax:(506) 2279-8175	Solicitud de Confirmación Diagnóstica USEC-R02	
		Versión: 2	Página 2 de 2

Instrucciones de llenado

Los análisis que realiza el INCIENSA son de relevancia para cumplir con la Vigilancia Epidemiológica y con el decreto de Enfermedades de declaración obligatoria, por lo que la presentación de esta boleta es **requisito indispensable** para el debido procesamiento de la muestra. Esta boleta es para solicitud confirmación diagnóstica, por lo que debe estar acompañada de la muestra del paciente (suero, sangre, hisopado, frotis, etc.). La información del paciente debe ser llenada por el médico al momento de la entrevista con el paciente, es confidencial, excepto en enfermedades de notificación obligatoria. Por favor escriba con lapicero haciendo letra clara.

Datos de la Unidad Programática de salud y del laboratorio

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

Área de Salud: Indicar el nombre de la Unidad Programática donde procede el paciente

EBAIS: Indicar el nombre del EBAIS de salud de donde procede el paciente

Sintomatología

Diagnóstico presuntivo: Anote el diagnostico que se presume en el paciente

Indique si el paciente está asintomático o sintomático, si presenta algún síntoma, indique la fecha de inicio.

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

Anote si el paciente recibió antibióticos antes de la toma de la muestra y especifique cuales antibióticos recibió

Patógeno referido

Anote el o los nombres de los patógenos que requiere que el INCIENSA realice la confirmación.

Vigilancia de la resistencia a los antibióticos

Complete el cuadro con los datos con que cuenta relacionados al patógeno referido, en caso de contar con otros antibióticos no indicados en el cuadro, anótelos en los espacios vacíos de la última columna.

Datos de la muestra

Esta información es fundamental para un adecuado procesamiento e interpretación de los resultados. **Debe ser llenada por un microbiólogo.**

Si el paciente posee más de una muestra, anote cada muestra en una fila con la información requerida en cada columna.

En el apartado del *Tipo de la muestra* debe anotar si la muestra es: Entera, En medio de transporte, hisopado en medio de transporte, hisopado sin medio de transporte, plasma, suero, biopsia, cepa, aspirado en medio de transporte, aspirado sin medio de transporte, Frotis u otro.

En el apartado de *Origen de la muestra* debe anotar si la muestra es: vómito, heces, sangre, esputo, orina, jugo gástrico, líquido cefalorraquídeo, faríngeo, contenido intestinal, exudado u otro.

Observaciones: Si desea destacar alguna información adicional que considere importante en relación a la muestra o al paciente, anótelas en este espacio.

Anote el nombre del responsable de la solicitud con su firma y fecha en que se realiza la misma.