



## Instrucciones de llenado

### Establecimiento que envía la muestra

**Nombre del establecimiento:** Indicar el nombre del laboratorio de donde procede la muestra. Ej. *Laboratorio Hospital Max Peralta*  
Indicar el tipo de establecimiento según corresponda: hospital, área de salud, EBAS o establecimiento privado

### Exámenes que solicita a INCIENSA

Anote el o los exámenes que requiere que el INCIENSA le procese a esta muestra

### Datos del paciente

**Identificación:** Anotar el número de cédula del paciente con el siguiente formato #-####-####.

Si el paciente no posee cédula marque la casilla *Otro* y seleccione la casilla para anotar la identificación disponible (ya sea pasaporte, N° autopsia, etc.)

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

**Sexo:** Marque la casilla que corresponda

**Fecha de nacimiento:** Indique la fecha con el siguiente 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 en el último mes?** Marque la casilla según corresponda, si ha viajado indique el lugar o país respectivamente y anote la fecha del retorno al país o lugar de residencia con el siguiente formato (DD-MM-AAAA)

**Dirección del paciente:** Anote la provincia, cantón, distrito y caserío del lugar de residencia del paciente. 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. En caso de menores de edad anote el teléfono de sus padres o responsable.

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

**Condición del paciente:** Marque la casilla que corresponda, si es un paciente vivo indique si está hospitalizado, indique si está embarazada, y en caso de fallecimiento indique la fecha de defunción con el formato (DD-MM-AAAA)

Si hay otras personas con síntomas similares a los que presenta el paciente, indique el lugar

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

**Factores de riesgo:** Indique los factores de riesgo que presenta el paciente. Si el paciente no presente ningún factor de riesgo, por favor marcarlo así en la boleta.

**Diagnóstico presuntivo:** Anote el diagnóstico que se presume en el paciente. Los exámenes realizados dependerán de los algoritmos establecidos para la vigilancia de estos eventos.

Si el paciente tiene tuberculosis especifique tipo de caso.

### Signos y síntomas

Indique si el paciente está asintomático o sintomático: si presenta algún síntoma, indique la fecha de inicio con el formato (DD-MM-AAAA)

Si el paciente está sintomático marque los síntomas que presenta (puede ser más de uno)

### Datos de la muestra (Debe ser llenada por un microbiólogo)

Esta información es fundamental para un adecuado procesamiento e interpretación de los resultados.

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

**Observaciones:** Si desea destacar alguna información adicional que considere importante con relación a la muestra o al paciente, anótela en este espacio. Anote el nombre del responsable de la solicitud, su código profesional, firma y fecha en que se realiza la misma.

**Resultado de Panel Respiratorio:** Indicar el resultado obtenido por el panel respiratorio cuando corresponda

El siguiente espacio es exclusivo para pegar incluir sellos y otras observaciones

### Descargo de responsabilidad

\*Los análisis que el INCIENSA realice a la (s) muestra (s) corresponden a los establecidos en los procedimientos, normas o guías de Vigilancia Epidemiológica, por lo que el ensayo realizado no necesariamente corresponde al solicitado por el usuario.

\*\*[https://www.inciensa.sa.cr/servicios/analisis\\_laboratorio.aspx](https://www.inciensa.sa.cr/servicios/analisis_laboratorio.aspx).

Se distribuye como versión impresa no controlada  
Cartago, Costa Rica.

Tel: (506) 2279-9911 Fax:(506) 2279-8175

Impresión: Imprenta Nacional