

## Solicitud Microbiología

Etiqueta identificativa (Nº de Análisis)

### TIPO DE MUESTRA Y CULTIVO

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Orina             | <input type="checkbox"/> Exudado:                |
| <input type="checkbox"/> Heces             | <input type="checkbox"/> Ótico                   |
| <input type="checkbox"/> Tejido (Biopsia)* | <input type="checkbox"/> Nasal                   |
|  | <input type="checkbox"/> Conjuntival / Corneal   |
|  | <input type="checkbox"/> Cutáneo (indicar zona): |
|  | <input type="checkbox"/> Otros (indicar tipo):   |

\*Ligeramente hidratado (no sumergido) con suero fisiológico estéril

### HISTORIA CLÍNICA

Descripción del problema (inicio, localización):

Tratamiento actual. Fármacos:

Días de tratamiento:

Tratamiento previo. Fármacos:

Días transcurridos desde la eliminación del tratamiento hasta la toma de la muestra:

Existe cultivo previo:  Sí (indicar resultado):  NO

Otras patologías / Tratamientos relevantes:

¿Se ha realizado citología? (En caso afirmativo, indicar qué se observa):

Agente infeccioso sospechado (en caso de que se sospeche de algo en concreto):

Antibióticos preferibles a testar en el antibiograma: