

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: