

Acta: 1671060 HCl: 997548 C: 228



HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO
RECETA UNICA ESTANDARIZADA

INDICACIONES

Nombre y Apellido: Adonje Tello Nirsu

Medicamento o Insumo Dosis Vía Frec. Duración

Cultivo para germen
comunes y hongos en
Líquido pleural

Sello/Firma/Col. Profesional

108/22

Fecha de Atención

1 / 1

Válido Hasta

FORMATO DE SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA



1. N° de Reg. S.R.:

1. DISADIRESA: La Libertad EESS: Hospital Belén de Trujillo
 2. Servicio: Medicina Interna Cama N°: 278 F.N.: 24/03/1944
 3. Menje Tello Nirsq Edad: 75 Sexo: F
 Apellidos y Nombres

Hist. Clínica: 947548 DNI: 05208878 Teléfono: 951661861
 Dirección: Alto Trujillo Barrio 6 B 10 de 26
 Provincia: Trujillo Distrito: El Porvenir
 Referencia: _____ Correo Electrónico: _____

4. Tipo de Muestra: Espudo: ☐ Otro: ☒ Especificar: Líquido Pleural

5. Antecedentes de tratamiento: Nunca tratado: ☐ Antes tratado: ☐ Recaída: ☐ Abandono Recup: ☐ Fracaso: ☐

6. Diagnóstico: S.R. ☐ Seg. Diagnóstico ☐ Rx Anormal ☐ Otro ☐

7. Control de tratamiento: Mes ☐ Esq. TB sensible ☐ Esq. DR ☐ Esq. MDR ☐ Esq. XDR ☐ Otros ☐

8. Ex. solicitado: Baciloscopia: 1ra M ☐ 2da M ☐ Otras: (Especificar N°) ☐ Cultivo: ☐

Prueba de Sensibilidad: Rápida: ☐ Especificar: _____ Convencional: ☐ Especificar: _____

Otro examen (especificar): _____

9. Factores de riesgo TB resistente a medicamentos: _____

10. Fecha de obtención de la muestra: _____ 11. Calidad de la muestra: Adecuada: ☐
 Inadecuada: ☐

12. Datos del solicitante: Apellidos y Nombres: _____

Teléfono celular: _____ Correo: _____

13. Observaciones: _____

(PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO)

14. RESULTADOS:

Fecha	Procedimiento	N° de Registro de Laboratorio	Aspecto macroscópico	Resultados (sólo anotar en la casilla correspondiente)		
				NEGATIVO Anotar (-)	N° B.AAR/ Colonias	POSITIVO (Anotar: +, ++, +++ con color rojo)
	Baciloscopia					
	Cultivo					

15. Apellidos y Nombres del Laboratorista: _____ 16. Fecha de entrega: _____

17. Observaciones: _____

HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO
Un Hospital a tu servicio

Monje Tello Nirso

Edad

75

Cód. Atención SIS

[illegible]

H.C.

--	--	--	--	--	--

ATENCIÓN

ESPECIALIDAD MEDICA

Demanda

Hospitalización

SIS

Intervención Sanitaria

Otros

Otros

Medicina

Cirugía

Gineco-Obstetricia

Pediatría

Otros

Diagnóstico

2174

(Definitivo/Presuntivo)

(CIE-10)

--	--	--	--	--	--

Rp.

Medicamento o Insumo
(Obligatorio DCI)

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

ADA

Сторожило

2011

Proteinas

125010/9

en Liquido pleural

Sello/Firma/Col. Profesional

Fecha de Atención**Válido Hasta**

F. 389

SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

FECHA	

Nº DE HISTORIA CLÍNICA
9975148

USO EXCLUSIVO DE PATOLOGÍA
- Q -

APELLIDOS COMPLETOS: Monje Tello
NOMBRES: Nirsa

SEXO: ☒ M ☐ F EDAD: 78
SERVICIO: Medicina Interna
Nº DE CAMA: 228

ATENDIDO EN:
☐ EMERGENCIA
☐ CONSULTA EXTERNA
☒ HOSPITALIZACIÓN

DEPARTAMENTO:
☒ MEDICINA
☐ CIRUGÍA
☐ PEDIATRÍA
☐ GINECO-OBSTETRICIA
☐ ODONTOESTOMATOLOGÍA

CARACTER DE ESPECIMEN:

PIEZAS OPERATORIAS MAYORES

- ☐ Tumor de Colon
- ☐ Cono de Cervix
- ☐ Disección ganglionar
- ☐ Estómago
- ☐ Tumor de Intestino Delgado
- ☐ Mama y axila
- ☐ Riñón
- ☐ Tumor de Segmento Hepático
- ☐ Tumor de Testículo
- ☐ Tiroides + Disección Ganglionar
- ☐ Tumores de Tejidos Blandos
- ☐ Utero con o sin anexos
- ☐ Tumor de Ovario
- ☐ Amputaciones mayores
- ☐ Extremidades, tumores de huesos y de tejidos blandos
- ☐ Otros: (especificar)

PIEZAS OPERATORIAS MENORES

- ☐ Amígdala
- ☐ Anexo (no tumoral)
- ☐ Ano
- ☐ Apéndice cecal
- ☐ Bazo (no tumoral)
- ☐ Ganglio linfático
- ☐ Ileostoma
- ☐ Losange de piel
- ☐ Pericardio
- ☐ Placenta
- ☐ Próstata
- ☐ Segmento de Intestino
- ☐ Testículo (no tumoral)
- ☐ Mama sin axila (Tumorectomía)
- ☐ Vesícula biliar
- ☐ Amputaciones menores
- ☐ Otros: (especificar)

BIOPSIA:

Marcar el órgano y/o tejido a examinar:

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| ☐ Incisional (parte) | ☐ Cérvix | ☐ Mama | ☐ Piel (Punch) |
| ☐ Excisional (todo) | ☐ Endometrio | ☐ Médula ósea | ☐ Renal |
| ☐ Endoscópica | ☐ Hepática | ☐ Mucosa gástrica y/o Intestinal | ☐ Vagina |
| ☐ Congelación | | | |
| ☐ Con aguja fina | | | |

Observaciones y/o otros: Pap Block Cell en Líquido Pleural

ORGANO(S) Y/O TEJIDO(S) A EXAMINAR: Pap Block Cell en Líquido Pleural

Examen AP. previo: _____ Indicar Nº de Registro de Patología o Citología

DATOS CLÍNICOS PERTINENTES Y HALLAZGOS OPERATORIOS

Paciente mujer de 78 años en un tiempo de enfermedad de 4 meses
caracterizado por pérdida progresiva de peso, sensación de cansancio
trascen espasmos nocturnos y hinchazón progresiva

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

MÉDICO TRATANTE: _____

Dr.: _____ CMP _____ FIRMA _____

Nota: Envíese las biopsias operatorias de inmediato al Dpto. de Patología. De no ser así sumergirlas en solución de formalina al 10%