



FICHA DE DERIVACIÓN DE MUESTRAS O AISLAMIENTOS MICROBIANOS

**DATOS DEL HOSPITAL DERIVANTE**

Hospital: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha de envío: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo biológico: Masculino  Femenino  Género \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Embarazo: No  Si

**DATOS DE LA MUESTRA**

ID de muestra \_\_\_\_\_

Fecha de Toma de muestra \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Material derivado: Aislamiento  Extracto ADN:  Muestra clínica

**Origen del material**

Uretra  Faringe  Aspirado nasofaríngeo  Recto  Úlcera genital   
Cérvix  Conjuntiva  Orina 1ª fracción  Tejido  Úlcera extragenital  Localización: \_\_\_\_\_  
Vagina  Articulación  Aspirado de bubón  Otro: \_\_\_\_\_ Condiloma

**Estudio solicitado** (Consiguar en caso de envío de muestra clínica)

*C. trachomatis*  *M. hominis - U. spp*  *N. gonorrhoeae*  HSV  *H. ducreyi*   
*C.t por LGV*  *M. genitalium*  *T. vaginalis*  *T. pallidum*  *K. granulomatis*

Motivo del estudio: Síntomas  Esterilidad  Control  Posible Abuso  Síntomas post tratamiento  Vigilancia  Tamizaje

**DATOS EPIDEMIOLOGICOS** (Campo no obligatorio pero conveniente)

**Ocupación**

Viajante/transportista  Estudiante  Trabajador/a sexual  Otra  Cual? \_\_\_\_\_

**Tipo de contacto sexual**

Con Hombre  Ambos  Estable  Más de una pareja sexual en 3 meses sin protección:   
Con Mujer  Ocasional

**Síntomas y signos**

No  Si

**Genitales**

Flujo abundante  Flujo con olor desagradable   
Picazón  Sangrado post coital   
Ardor al orinar  Presencia de lesión   
Exudado Uretral  Presencia de verrugas

**Extragenitales**

Dolor abdominal  Linfadenopatías inguinales   
Secreción conjuntiva  Secreción rectal   
Dolor articular  Fiebre   
Manifestaciones cutáneas  Sintomatología respiratoria   
Manifestaciones neurológicas  Otros  Cuál \_\_\_\_\_

**Antecedentes obstétricos vinculados a infección genital**

Partos Prematuros  Abortos espontáneos  Ruptura Prematura de Membrana  Sin antecedentes

**Antecedentes de otras ITS**

No  Si  Cuál: VIH  Gonorrea  Sífilis  Herpes  HPV  Clamidiasis  Tricomoniasis  Otras

Usuario de drogas IV

Resultado previo de Fondo Oscuro (si correspondiera): Positivo  Negativo  Insatisfactorio

**TRATAMIENTO**

¿Tomo antibióticos en los últimos 15 días? No  Sí  Cual \_\_\_\_\_ Fecha de última toma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tratamiento actual indicado \_\_\_\_\_

¿Se indicó tratamiento en Pareja? No  Sí  Cual \_\_\_\_\_

**Firma y sello:**

E-mail:

Tel. laboral:

WhatsApp:



Consentimiento Informado No Obligatorio

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo al Laboratorio Nacional de Referencia en Enfermedades de Transmisión Sexual a utilizar las muestras biológicas y/o los resultados obtenidos, para destinarlos a estudios de investigación y/o epidemiología en la población argentina. Por ninguna circunstancia se divulgará cualquier dato personal obtenido (nombre y apellido, DNI, dirección, teléfono) que pueda identificarme. Tanto la muestra como el resultado tendrá un código numérico.

\_\_\_\_\_  
Firma y DNI

\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_