

Fecha de toma de muestra Año Mes Día
 Fecha de envío del aislamiento Año Mes Día
 Institución prestadora de Salud
 Laboratorio de Salud Pública Municipio
 Responsable LDSP N° aislamiento

Datos del Paciente

Nombre del Paciente
(Nombres y apellidos completos)
 Doc. identificación
 Género Masculino Femenino Edad Fecha de nacimiento Año Mes Día
 Diagnóstico Evolución del paciente Mejoría Muerte
 Origen de muestra Hemocultivo LCR Otro
¿Cuál?

Resultados de identificación

Coloración de Gram	DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS		
Prueba de oxidasa	Positiva <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>	No realizado <input type="checkbox"/>
Crecimiento a 22°C en agar chocolate	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	No realizado <input type="checkbox"/>
Crecimiento a 37°C en agar nutritivo	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	No realizado <input type="checkbox"/>
Degradación de glucosa	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	No realizado <input type="checkbox"/>
Degradación de maltosa	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	No realizado <input type="checkbox"/>
Fermentación lactosa	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	No realizado <input type="checkbox"/>
Fermentación fructosa	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	No realizado <input type="checkbox"/>
Fermentación sacarosa	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	No realizado <input type="checkbox"/>
Betalactamasa	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	No realizado <input type="checkbox"/>

Nota: Si realizó la identificación por sistema automatizado, anexe el reporte del equipo

Observaciones adicionales

Este espacio debe ser diligenciado por la persona encargada de la Institución prestadora de servicios (UPGD)

Nombre del responsable
 Mail de contacto
(en lo posible coloque una dirección institucional)
 Teléfono

Este espacio debe ser diligenciado por el INS

Fecha de recibido en el laboratorio Año Mes día

Número de registro interno

Condicion de llegada (FOR-R01.0000-003)
 Ver expediente No.GMR - B - _____

Espacio para sticker central de muestras