

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

Datos del Paciente

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

Datos vacunación

Vacunado Si  No   
 Fecha 1ª dosis  AAAA  MM  DD   
 Fecha 2ª dosis  AAAA  MM  DD   
 Fecha 3ª dosis  AAAA  MM  DD

Datos del aislamiento enviado

Coloración de Gram

Requerimiento de factores	Coloración de Gram		Prueba	Coloración de Gram	
	Positivo	Negativo		Positivo	Negativo
Factor V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porfirinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Factor X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Satelitismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Factor XV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Serotipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datos de perfil de susceptibilidad antimicrobiana

Antibióticos	Concentración (µg)	Metodología: Kirby Bauer					
		mm	Interpretación				
Ampicilina	10	<input type="text"/>	S	<input type="text"/>	I	<input type="text"/>	R
Cloranfenicol	30	<input type="text"/>	S	<input type="text"/>	I	<input type="text"/>	R
Trimetoprim/sulfa	1,25 / 23,75	<input type="text"/>	S	<input type="text"/>	I	<input type="text"/>	R
Cefuroxima	30	<input type="text"/>	S	<input type="text"/>	I	<input type="text"/>	R
Ceftriaxona	30	<input type="text"/>	S	<input type="text"/>	I	<input type="text"/>	R
Rifampicina	5	<input type="text"/>	S	<input type="text"/>	I	<input type="text"/>	R
Tetraciclina	30	<input type="text"/>	S	<input type="text"/>	I	<input type="text"/>	R

Betalactamasa Positiva  Negativa

Nota: En caso de hacer identificación por sistema automatizado, adjunte el reporte

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

GMR - Hi

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

Espacio para sticker central de muestras