


 PRIS <small>Programa Integrado de Salud</small>  GOBIERNO DE TUCUMÁN	FICHA DE DERIVACION HEMOSTASIA Laboratorio de Salud Pública. Jefe Sección: Bioq. Bioq. Eleonora Rossi Mendoza 128. Teléfono: +54-9-381-4526114 Interno (601/404) - S.M. Tucumán CP:(4000) E-mail: hemostasia.lsp@gmail.com	
	Vigencia 30/04/15	

1. DATOS DEL PACIENTE									
DNI:			Apellido y Nombre:						
Fecha Nacimiento: / /		Tel:			Domicilio Actual:				
Sexo: Fem. () Mas. ()		Provincia:			Localidad:		Dpto.:		
Nº Historia Clínica:			Internado ()		Ambulatorio ()				
2. DATOS CLINICOS									
Sospecha diagnóstica:				Observaciones:					
Momento del estudio: Diagnóstico – Control de tratamiento – Otro (especificar)									
Fecha de inicio de los síntomas:				Fecha de consulta:					
MOTIVO ANÁLISIS: SANGRADO		Si	No	Observ	MOTIVO ANÁLISIS: TROMBOSIS		Si	No	Observ
Antecedentes familiares					Antecedentes familiares				
Tuvo cirugías?					Tuvo eventos tromboticos previos?				
Sangro en cirugía?					Tuvo cirugías?				
Tuvo extracción dentaria?					Enfermedades autoinmunes?				
Sangro en extracción?					Abortos espontáneos?				
Tiene menstruaciones abundantes?					Realizo Viaje prolongado?				
Sangra cuando se cepilla dientes?					Neoplasias?				
Tiene hematomas espontáneos?									
Tiene petequias?									
Enfermedad Renal?									
Enfermedad Hepática?									
Hemograma: Hto:		Plaquetas:							
Otros estudios realizados:									
Medicación?:									
Embarazo:		Tiempo de gestación:		Nro. de gestaciones:		Sangro en el parto?			
Hora de colocación heparina			Dosis Diaria:			Hora de toma de muestra:			
COMENTARIOS/OBSERVACIONES									
MUESTRA REMITIDA – DETERMINACIONES SOLICITADAS									
Fecha y hora de extracción muestra:				Extracción realizada en LSP: si - no					
Citrato 3.2 %: si - no			Suero: si - no			EDTA: si - no			
DETERMINACIONES SOLICITADAS:									
3. DATOS DEL SOLICITANTE									
Apellido y Nombre:					Establecimiento:				
Tel.:		Email:			Servicio:				
Fax:		Provincia:			Localidad:		Dpto.:		
Firma:									
4. DATOS DEL DERIVANTE									
Apellido y Nombre (Pers.Responsable):									
Tel:		Email:			Establecimiento:				
Fax:		Provincia:			Localidad:		Dpto.:		

 <p>PRIS Programa Integrado de Salud GOBIERNO DE TUCUMÁN</p>	<p align="center">FICHA DE DERIVACION HEMOSTASIA</p> <p align="center">Laboratorio de Salud Pública. Jefe Sección: Bioq. Bioq. Eleonora Rossi Mendoza 128. Teléfono: +54-9-381-4526114 Interno (601/404) - S.M. Tucumán CP:(4000) E-mail: hemostasia.lsp@gmail.com</p>	 <p align="center">DB-LSP</p>
<p>Vigencia</p>	<p>Código: PRO.DB-LSP.HE.F01</p>	<p>Revisión</p>
<p>30/04/15</p>	<p>Versión: 00</p>	<p>18/05/15</p>