
	<b>Ficha de Derivación INMUNOLOGÍA</b>	
	Laboratorio de Salud Pública. Mendoza 128. Teléfono: +54-9-381-4522697 Interno (606) - S.M. Tucumán CP:(4000) Mail: inmuno.lsp@gmail.com	
Vigencia	<b>Código: PRO.DB-LSP. IN F01</b>	Revisión
08/05/15	Versión: 00	08/05/15

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE		
<b>DNI:</b> Apellido y Nombre del paciente:		
Fecha de nacimiento:	Sexo: M ( ) F ( )	
Domicilio actual:		Teléfono:
Provincia:	Localidad:	e-mail:

2. DATOS CLINICOS								
Fecha de inicio de los síntomas:				Fecha de consulta:				
<b>Generales</b>	Si	No	Observ.	<b>Generales</b>	Si	No	Observ.	
Dolor articular				Enf. de base				
Rush cutáneo				Hepato/esplenomegalia				
Sequedad piel y mucosas				Ictericia				
Telangiectasia				Diarrea - Constipación				
Edemas				Dolor abdominal				
Afeccion Renal (Proteinuria-Hematuria)				Distensión abdominal				
Afeccion Pulmonar				Embarazo en curso				
Otros síntomas, ¿cuáles?								
Estado Nutricional:				Estado Inmunológico:				
Embarazos:				Abortos:				
Hemograma:								
Proteinograma:								
Eritrosedimentacion:			PCR:	Factor Reumatoideo:				
¿Recibió tratamiento específico?								
¿Cuándo?								
Estudios anteriores:								

3. MOTIVO DE SOLICITUD Y TIPO DE MUESTRA REMITIDA	
Diagnóstico:	Confirmar diagnóstico previo:
Control de tratamiento:	Antecedentes familiares:
Muestra remitida:	
DETERMINACIONES SOLICITADAS:	

4. DATOS DEL SOLICITANTE		
Apellido y Nombre:		Establecimiento:
Tel.:	e-mail:	FAX:
Provincia:	Localidad:	Área Operativa:
Firma:		

5. DATOS DEL DERIVANTE		
Apellido y Nombre:		Establecimiento:
Tel.:	e-mail:	FAX:
Provincia:	Localidad:	Área Operativa:
Firma:		