

LABORATORIO CLÍNICO (Anverso)

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL HOSPITAL LUIS VERNAZA

LABORATORIO CLINICO

Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombres				Apellido del esposo				H.C. No.	
Edad:										Procedencia:							
Fecha de solicitud				Solicitud				Area		Cama		Fecha de realizado				Informe No.	
A	M	D	H	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> E					A	M	D				
Señale() en los casilleros los exámenes solicitados				Solicitado por				Realizado por				Médico Laboratorista					
RUTINA BASICA																	
SANGRE:				ESTUDIO DE LÍPIDOS:				MOCO NASAL				EXUDADO VAGINAL URÉTRAL					
<input type="checkbox"/> Hemoglobina	<input type="checkbox"/> Hematócrito	<input type="checkbox"/> Leucocitos	<input type="checkbox"/> Hemograma Sch	<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> HDL - Colesterol	<input type="checkbox"/> LDL - Colesterol	<input type="checkbox"/> VLDL - Colesterol	<input type="checkbox"/> Gram	<input type="checkbox"/> Eosinófilos	<input type="checkbox"/> Cultivo Identificación	<input type="checkbox"/> Citológico	<input type="checkbox"/> Trichomonas	<input type="checkbox"/> Cultivo Identificación	<input type="checkbox"/> Cultivo en Thayer Martin	<input type="checkbox"/> Espermatozoos		
<input type="checkbox"/> Plaquetas	<input type="checkbox"/> Plasmodium	<input type="checkbox"/> Eritrosedimentación	<input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo	<input type="checkbox"/> Lípidos Totales	<input type="checkbox"/> Triglicéridos	ELECTRÓLITOS		ORINA:				EXUDADO FARINGEO:					
<input type="checkbox"/> Reticulocitos	<input type="checkbox"/> Coombs Directo	<input type="checkbox"/> Coombs Indirecto	<input type="checkbox"/> T. Sangría	<input type="checkbox"/> Sodio	<input type="checkbox"/> Potasio											<input type="checkbox"/> Falso Químico y Sedimento	<input type="checkbox"/> Gram
<input type="checkbox"/> T. De Coagulación	<input type="checkbox"/> T. De Protrombina	<input type="checkbox"/> T. de Tromboplastina	<input type="checkbox"/> Fibrinógeno	<input type="checkbox"/> Calcio	<input type="checkbox"/> Fósforo	ENZIMAS		HECES				OTROS CULTIVOS:					
<input type="checkbox"/> H. de Widal	<input type="checkbox"/> Brucellas	<input type="checkbox"/> Test de Iúes (V.D.R.L.)	<input type="checkbox"/> BIOQUÍMICOS	<input type="checkbox"/> Magnesio	<input type="checkbox"/> G.T.O.											<input type="checkbox"/> G.T.P.	<input type="checkbox"/> L.D.H.
<input type="checkbox"/> Glucosa	<input type="checkbox"/> Urea	<input type="checkbox"/> Glucosa Post Prandial	<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Ácido Úrico	<input type="checkbox"/> Proteínas Totales	<input type="checkbox"/> Sero Albuminas	<input type="checkbox"/> Sero Globulinas	PRUEBAS NEFELOMETRIA				GASES SANGUÍNEOS					
<input type="checkbox"/> Bilirrubina Total	<input type="checkbox"/> Bilirrubina Directa	<input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina	<input type="checkbox"/> Fosfatasa Ácida	<input type="checkbox"/> Amilasa	<input type="checkbox"/> Lipasa	<input type="checkbox"/> Histo	<input type="checkbox"/> Transferrina									<input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva	<input type="checkbox"/> Factor Reumatoideo
<input type="checkbox"/> Hemocultivo																	

PERFILES GENERALES SUGERIDOS

- P. Consulta externa: Hemograma, Glucosa, Urea, Creatinina, A.Úrico, Colesterol, HDL, LDL, Proteínas Totales albúmina, GOT, GPT, Triglicéridos, Orina y heces
- P. De Ingreso: Hemograma, Glucosa, Urea, Creatinina, Proteínas Totales, albúmina, GOT, GPT, GGT, Sodio Potasio, Cloro, Orina
- P. Renal: Hemograma, Glucosa, urea, Creatinina, Sodio, Potasio, Calcio, Fósforo, Bicarbonato venoso, orina.
- P. Renal de Orina: Sodio, Potasio, Depuración de creatinina, Proteínas en orina de 24 horas.
- Preoperatorio: Hemograma, Grupo Sanguíneo, TP, APTT, Fibrinógeno, Glucosa, Plaquetas, HIV, HBsAg
- P. Cardíaco: (Isquemia): CK, CKMB, LDH, GOT, Troponina T
- P. Hepático: Hemograma, Bilirrubina Total y Directa, Fosfatasa Alcalina, GOT, GPT, GGT, Proteínas Totales Albúmina, TP, APTT, Fibrinógeno, plaquetas, amonio.
- P. De Hemólisis: Bilirrubina Total, Bilirrubina Directa, LDH, P. Coombs indirecta, Reticulocitos, Haptoglobina

Otros exámenes solicitados
→

LABORATORIO CLÍNICO (Reverso)

LISTA DE PRUEBAS ESPECIALES QUE SE REALIZAN EN ESTE LABORATORIO

INFECCIOSAS	MARCADORES TUMORALES	HORMONALES	DROGAS
Monotest	CEA	FT3	Digoxina
Ac. Anti anebras	AFP	FT4	Fenitoína
Ac. Anti leptospirosis	PSA	TSH	Fenobarbital
Ac. Anti Chagas	PSA libre	Prolactina	Carbamazepina
Ac. Anti Tuberculosis	CA 125	Progesterona	Ac. Valproico
Ac. Anti Dengue	CA 153	Estradiol	
Ac. Anti Clislocercos	CA 19-9	LH	
Ac. Anti Toxoplasma Ig M	CA 72-4	FSH	
Ac. Anti Toxoplasma Ig G	CYFRA 121	Testosterona	
Ac. Anti Rubéola Ig M		Cortisol	MISCELANEOS
Ac. Anti Rubéola Ig G		PTH	Feritina
Ac. Anti Citomegalovirus Ig M	INMUNOLOGIA	DHEAS	Ac. Fólico
Ac. Anti Citomegalovirus Ig G	C 3 (NF)	HCG-Beta (cualitativo)	Vitamina B 12
Ac. Anti Herpes I	C 4(NF)	HCG-Beta (cuantitativo)	Pre-Albúmina(NF)
Ac. Anti Herpes II	Células L.E.		Amonio
Ac. Anti Chlamydeas	Anti DNA	DIABETES	Fosfatasa ácida
Ac. Anti Helicobacter Pylori	Ac. Antinucleares	Microalbuminuria	Fosfatasa prostática
Ac anti HIV	Ig M(NF)	Péptido C	
Anti HAV IgM	Ig G(NF)	Insulina	CARDIACO
Anti HAV IgG	Ig A(NF)	Hb A1C	C.K
HBe Ag	Ig E	Fructosamina	CK-MB
Anti HBe	Haptoglobina(NF)	Curva tolerancia	Troponina T
Anti HBe	Ac. Antimitocondriales	a la glucosa	
Anti HBe Ig M	Ac. Antitiroglobulina	NUTRICIONAL	
HBe Ag	Ac. Antitiroperoxidasa	Albúmina	
Anti Hbe	Ac. Antilostolípido	Pre-Albúmina(NF)	
Hepatitis C	Ac. Anticardiolipina	Transferrina	

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

SOLICITAR EL EXAMEN REQUERIDO DEL LISTADO EN EL ESPACIO INFERIOR

ADMISIONISTA
Turno: _____

VALORADORA
Turno: _____

T. SOCIAL
Turno: _____

SOLICITUD DE EXAMEN DE TOMOGRAFÍA



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL LUIS VERNAZA
DEPARTAMENTO DE IMAGENOLOGIA
SOLICITUD DE EXAMEN DE TOMOGRAFIA

Paciente: Edad:

Servicio: H.C.:

Medico Tratante..... Fecha:

Exámen Tomográfico Solicitado:

DATOS CLINICOS

(Se requiere el envío de los datos siguientes para la mejor evaluación de los resultados de la Tomografía)

1.- **DATOS CLINICOS RELEVANTES:**

2.- **EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE LABORATORIO**

3.- **EXAMENES RADIOLOGICOS** (Radiología Convencional, TAC, US, RMN, y Gammagrafia)

4.- **MOTIVO DE LA INDICACION DE TOMOGRAFIA** (Problema clínico que se espera aclarar con el estudio tomográfico).

Firma y sello del Médico que lo solicita

Llenar toda información solicitada, requisito sin el cual no se podrá realizar el examen.

Forma F.M.E. 10.2 SOLICITUD DE EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL HOSPITAL LUIS VERNÁZEA GUAYAQUIL, ECUADOR				No. De La Exploración									
Apellido Paterno 1		Apellido Materno 2		Nombre 3		Apellido del Esposa 4		No. Historia Clínica					
DEL DEPARTAMENTO DE		HOSPITALIZACIÓN		CONSULTA EXTERNA		EMERGENCIA							
		Área		Cama No.		Consultorio No.		Área					
EXPLORACIONES RAD. PREVIAS	SI	NO	HOMBRE	MUJER	AMBULATORIO	BILLA DE RUEDAS	CAMILLA	NO SE MOVILIZA	AISLADO				
Información Clínica, Datos Adicionales (Anamnesis Breve; Hallazgos Primordiales del Examen Físico; Datos Claves de los Exámenes Complementarios y Diagnóstico Presuntivo													
FAVOR ESCRIBIR CON CLARIDAD. LAS ORDENES INCOMPLETAS NO SERÁN ATENDIDAS													
EXAMENES QUE SE SOLICITAN													
DEBEN SER ANULADOS CON UNA RAYA LOS ESPACIOS Y LINEAS NO UTILIZADAS													
Datos adicionales sobre posición, técnica, etc. de los exámenes solicitados.													
						Año Mes Día		Médico que solicita					
						Fecha de la Solicitud							
ÚNICAMENTE PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA													
A DATOS DE SECRETARÍA		FECHA DE RECEPCIÓN				EXPLORACIÓN No.		FECHA DE ENTREGA				Nombre	
		Año	Mes	Día	Hora			Año	Mes	Día	Hora		
B JEFE/TURA DEL DEPARTAMENTO		Médico Radiólogo				Técnico		EQUIPO				Fecha o Realizarse	
								Área		No.			
C DATOS DE LA EXPLORACIÓN		TAMAÑO PELÍCULA	CANTIDAD	TIEMPO FLUJOS	Técnicas Usadas, Posición, etc.				Material Usado				
		18 x 24											
		8 x 10			CINE				Fecha de REALIZADO				
		24 x 36											
		10 x 12											
		30 x 40											
14 x 14			Año Mes Día Hora				Firma						
14 x 17													
D FECHA DE PROCESAMIENTO		ORDENAMIENTO				Interpretación		Escritura del Informe				CODIFICACION	
		Recibida		Entregada								Recibida	Entregada

SOLICITUD DE EXAMEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

HOSPITAL LUIS VERNAZA
DEPARTAMENTO DE DIGNOSTICOS POR IMÁGENES

SOLICITUD DE EXAMEN DE RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR

PACIENTE..... EDAD:.....

SERVICIO O AREA..... H.C:.....

MEDICO TRATANTE:..... FECHA:.....

EXAMEN SOLICITADO

(Se requiere el envío de los datos siguientes para la mejor evaluación de los resultados de la RMN)

1.- DATOS CLINICOS RELEVANTES:

2.- EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE LABORATORIOS

3.- EXAMENES RADIOLOGICOS: (Radiología Convencional, TAC, US, RMN, Y Gammagrafia)

4.- MOTIVO DE LA INDICACION DE RMN (Problema clínico que se espera aclarar con el estudio solicitado R. M. N.

FIRMA SELLO DEL MEDICO SOLICITANTE

Llenar toda información solicitada, requisito sin el cual no se podrá realizar el examen.

UNICAMENTE PARA EL USO DE RADIOLOGIA

PACIENTE: H.C.....FECHA:.....

Nº. EXPLORACION:..... MEDICO TRATANTE:.....

EXAMEN SOLICITADO:

PELICULAS UTILIZADAS		
TAMAÑO	B	D
EHN 14 X 17		
EIR 14 X 17		

UTILIZACION MEDIO CONTRAYES
U OTRO MATERIAL

NOMBRE	CANTID.

FECHA DE TOMA

FIRMA TECNOLOGO