

LABORATORIO DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

SOLICITUD DE ANÁLISIS DE MUESTRAS CLÍNICAS

Remitente: _____

Fecha toma de muestra: _____

Responsable de la toma de muestra: _____

Tipo de muestra (especificar): _____

Nombre y Apellidos: _____

Edad : _____ Sexo: V ☐ M ☐ Localidad: _____

Motivo del análisis :

→ En enfermo :

síntomas: _____

fecha comienzo _____ a qué lo atribuye _____

tratamiento / tiempo _____

otros datos de interés _____

→ En asintomático :

conviviente, manipulador, etc _____

→ En Brotos: nº afectados _____ Localidad _____

ámbito : familiar, restaurante, hospital, residencia,.... _____

En TIA: alimentos causantes sospechosos o confirmados (subrayar) _____

otros datos de interés _____

Investigación solicitada: _____

Solicitante del análisis: _____

Conservación de la muestra: _____

Fecha de envío al laboratorio: _____

Observaciones: _____

A rellenar por el L.I.C.S.:

Fecha de llegada:

N R L.:

Recepciona:

Observaciones: