

LABORATORIO DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

SOLICITUD DE ANÁLISIS MICROBIOLÓGICOS DE CEPAS

Laboratorio remitente: _____

Responsable del aislamiento: _____

Fecha aislamiento: _____ N° identificación de la cepa: _____

Origen (cepa aislada en muestra de): _____

En cepa de origen humano: Nombre y Apellidos _____

Localidad: _____ Edad: _____ Sexo: _____

En Brote: Fecha brote: _____ Localidad: _____

Ámbito: Familiar ☐ Restaurante ☐ Otro ☐ (especificar) _____

N° identificación de otras cepas remitidas relacionadas: _____

Análisis solicitado: Identificación ☐ Confirmación ☐ Serotipia ☐
Antibiograma ☐ Otros _____

Resultado del laboratorio solicitante: _____

Pruebas efectuadas: _____

Comentarios / Observaciones de interés: _____

Medio de cultivo de transporte: _____ Fecha de envío: _____

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

Fecha de llegada :

N R L :

Observaciones :