



“Año 2022 - Las Malvinas son Argentinas”

Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
ADMINISTRACION NACIONAL
DE LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD
“DR. CARLOS G. MALBRAN”
Departamento Virología

DEPARTAMENTO DE VIROLOGÍA. .
TE/FAX: 4301-7428/4302-5064 Interno 216 FAX 200 E-mail: cypvirus@anlis.govb.ar

FICHA CLINICA DE ANEMIAS

FECHA:/...../.....

Las muestras deben enviarse rotuladas, refrigeradas, con la solicitud de análisis y con este resumen de historia clínica completo.

Apellido y Nombres:	Profesión /Ocupación:
Edad:	Nacionalidad:
Dirección:	Educación: Primaria Secundaria Universitaria

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

Institución solicitante:	H.C. Nº:
Servicio y/o sala:	Médico:
Dirección:	TE y FAX:
Localidad:	E-mail recepción de resultados:

ANTECEDENTES CLINICOS

Patología de base:.....	Fecha de detección:/...../.....
Diagnóstico presuntivo:	Fecha de comienzo de síntomas:...../...../.....
Fecha de la última menstruación:	

MANIFESTACIONES CLINICAS (describirlas)

FIEBRE:°C	Duración:
EXANTEMA.....	Duración:
ANEMIA:	
SUPRESION DE MEDULA OSEA:	
NEUNONITIS INTERSTICIAL	
RECHAZO DEL ORGANO	
TRANSTORNOS NEURLOGICOS:	
ADENOPATIAS	
HEPATOMEGALIA	
ESPLENOMEGALIA	
TROMBOCITOPENIA	
OTRAS:.....	

ESTUDIOS REALIZADOS

Fecha:...../...../.....

Hemograma: Bcos: /mm³ Neut:% Eos:% Bas:% Linf:% Plaq:..... /mm³
 Hematíes: /mm³ Hto.: % Hb: g% % de Reticulocitos:
 Bb: TGP:mU/ml TGO:mU/ml γ-GT: mU/ml FOH:.....mU/ml
 Ferremia: Transferrina: Ferritina
 Saturación de Transferrina Haptoglobina : LDH:
 PK :.....mU/ml G6PD :.....mU/ml
 Electroforesis de hemoglobina:
 Esferocitosis hereditaria:

PAMO:

Anatomía patológica: NO SI Fecha:/...../..... Resultados:
 Otros estudios: Fecha...../...../.....
 Estudios Microbiológicos: Fecha:/...../..... CMV: HIV: Parvovirus:
 VZV: EBV: Toxo: Sífilis: HBV: HSV:.....
 Otros datos:

EPIDEMIOLOGIA

Transplantado de:..... Fecha:...../...../.....
 Contacto con enfermos: NO SI Lugar: Fecha:...../...../.....
 Vacunas en el último año: NO SI Cuales? Fecha:...../...../.....
 Ingesta de: Tabaco NO SI Alcohol: NO SI Drogas SI NO Cual? Vía?
 Ingesta de medicamentos: NO SI Cual?
 Desde.....Hasta:.....

TRATAMIENTO

Gammaglobulinas: NO SI Cuál? Fecha:/...../.....
 Nº dosis..... Última dosis:/...../.....
 Transfusiones: NO SI Cuántas? Fecha de Última:/...../.....
 Antivirales: No SI Cuál?: Fecha:/...../.....
 Inmunosupresores: No SI Cuál?: Fecha:/...../.....
 Otra medicación: Desde..... Hasta
 Observaciones:

FECHA DE TOMA DE MUESTRA:

MUESTRAS ENVIADAS:

ESTUDIOS SOLICITADOS:

Firma y sello Medico Responsable