



“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.gob.ar

FICHA CLINICA DE INMUNOSUPRIMIDOS

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

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

| | |
|---------------------|--|
| Apellido y Nombres: | Muestra N°: |
| Edad: | Nacionalidad: |
| Dirección: | Educación: Primaria Secundaria Universitaria |
| TE: | Profesión /Ocupación: |

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

| | |
|--------------------------|---------------------------------|
| Institución solicitante: | H.C. N°: |
| 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:...../...../..... |

MANIFESTACIONES CLINICAS (describirlas)

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

ESTUDIOS REALIZADOS

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

Hemograma: Bcos: /mm³ Neut:% Eos:% Bas:% Linf:% Pla: /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
 PAMO:

Anatomía patológica: NO SI Fecha:/...../..... Resultados:.....
 Otros estudios:.....
 Fecha...../...../.....

Ecografía NO SI Fecha:/...../..... Resultado:
 Otros:

Estudios Microbiológicos: Fecha:/...../..... CMV: HIV:
 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 Ultima:/...../.....
 Antivirales: No SI Cual?: Fecha:/...../.....
 Inmunosupresores: No SI Cuál?: Fecha:/...../.....
 Otra medicación: Desde..... Hasta
 Observaciones:

FECHA DE TOMA DE MUESTRAS:

MUESTRAS ENVIADAS:

ESTUDIOS SOLICITADOS:

Firma y sello Médico Responsable