

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 envio 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 | | | | | | | | | | | |
| EXÁMENES 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. | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Fecha de la Solicitud | Año | Mes | Día | Médico que solicita | | |
| ← 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 JEFATURA DEL DEPARTAMENTO | Médico Radiólogo | | | | Técnica | 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 | | | | Firma | | | | |
| | 24 x 36 | | | | | | | | | | |
| | 10 x 12 | | | | | | | | | | |
| | 30 x 40 | | | | | | | | | | |
| 14 x 14 | Interpretación | | | | Escritura del Informe | | | | | | |
| 14 x 17 | | | | | | | | | | | |
| D FECHA DE PROCESAMIENTO | ORDENAMIENTO | | | | CODIFICACIÓN | | | | | | |
| | 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