

Formulario de Solicitud de Prueba de Leptospiriosis

DATOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Instalación de Salud		Teléfono	
Médico solicitante		Fecha de solicitud del examen	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre	Apellido Paterno		Apellido Materno	De casado (a)
	M	F	/ /	
N° Cédula	Sexo		Fecha de Nacimiento	Edad

DOMICILIO

Provincia	Distrito	Corregimiento
-----------	----------	---------------

Ocupación		Lugar de trabajo	
N° Expediente		Seguro Social	
Nacionalidad	<input type="radio"/> Panameño <input type="radio"/> Extranjero País de origen _____		
Condición Migratoria	<input type="radio"/> Turista <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Indocumentado		____ / ____ / ____ <b>Fecha de último ingreso al país</b>
¿Ha viajado en el último mes?	<input type="radio"/> No		
	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Dentro del País <input type="radio"/> Fuera del País	Lugar: _____ País: _____

DATOS DIAGNÓSTICOS

FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS (Importante tomar estos datos)		____ / ____ / ____			
SÍNTOMAS – SIGNOS	SÍ	NO	SÍNTOMAS – SIGNOS	SÍ	NO
Fiebre >38°C			Erupción (Rash)		
Fiebre			Rigidez de nuca		
Cefalea de súbita aparición			Ictericia		
Dolor Retroorbital bilateral			Insuficiencia renal aguda		
Dolor Muscular			Hemorragia ocular		
Esplenomegalia			Albuminuria		
<b>Otros especifique:</b>					
Tratamiento con Antibiótico:		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí ¿Cuál? _____			
Colocar ganchos o cruz para cada respuesta.					

¿Tuvo contacto en el último mes con materiales ó productos (agua, alimentos, otros) contaminados con orina de animal?  No  Si  
Especifique: \_\_\_\_\_.

Presencia de animales en la residencia ó alrededor	Contacto con	Tipo de Vivienda
<input type="radio"/> Rata <input type="radio"/> Perro Cerdo <input type="radio"/> Caballo <input type="radio"/> Vaca <input type="radio"/> Animales silvestre ¿Cuál? _____	<input type="radio"/> Resumidero <input type="radio"/> Colecta de agua <input type="radio"/> Inundaciones <input type="radio"/> Servicio de hueco <input type="radio"/> agua estancada	<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Barraca <input type="radio"/> Rancho

MUESTRAS COLECTADAS

Fecha de toma de muestra : ____ / ____ / ____	L. C. R: No ( ) Sí ( )
Sangre <b>estado Agudo</b> : No ( ) Sí ( ) (5-7 días de inicio de síntomas)	Sangre con EDTA: No ( ) Sí ( )
Sangre <b>Convaleciente</b> : No ( ) Sí ( ) (10 días después de la primera muestra).	Material Post Mortem: No ( ) Sí ( )
Orina: No ( ) Sí ( )	

Observación: \_\_\_\_\_