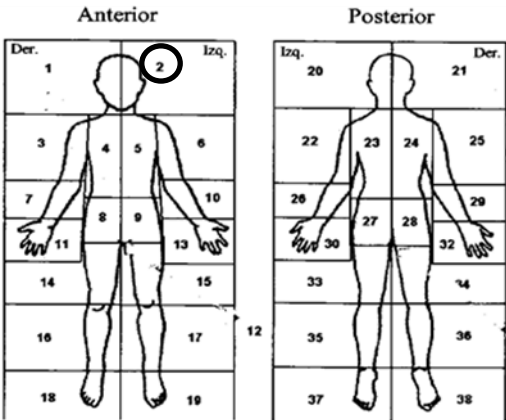


	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud	GCD-IDIP-02
	Instructivo para Llenado del Formulario de Solicitud de Exámenes de Leishmaniasis	Versión: 03
		Vigencia: 03-01-2023

1. **Objetivo:** Establecer el correcto llenado del formulario de solicitud de exámenes de Leishmaniasis, para el envío de muestras al Departamento de Investigación en Parasitología del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.
2. **Alcance:** Hospitales del MINSA, Hospitales de la CSS, la Unidad de Diagnóstico, Investigación Clínica y Medicina Tropical ICGES, Instituciones de salud privadas que realicen la toma de muestra para el diagnóstico de Leishmaniasis en el país.
3. **Procedimiento:** Toda muestra proveniente de las Instituciones de Salud públicas o privadas relacionados con el diagnóstico de Leishmaniasis del país, debe venir acompañada del formulario de **Solicitud de Exámenes de Leishmaniasis GCD-FDIP-01** para confirmación, el cual debe ser llenado por personal de salud que solicita los exámenes de la siguiente manera:
- 3.1. **Datos del paciente:**
- 3.1.1. **Nombre:** colocar nombre y apellido del paciente de quien proviene la muestra.
 - 3.1.2. **Cédula o pasaporte:** colocar el número de identificación personal único del paciente.
 - 3.1.3. **Fecha de nacimiento:** colocar fecha de nacimiento del paciente en el formato día/mes/año.
 - 3.1.4. **Edad:** se refiere a la edad en años del paciente.
 - 3.1.5. **Sexo:** se refiere al género del paciente.
 - 3.1.6. **Teléfono:** Celular o residencial para poder localizar al paciente.
 - 3.1.7. **Dirección:** Provincia, Distrito, corregimiento: indicar detalladamente donde reside el paciente.
 - 3.1.8. **Instalación de Salud:** Colocar nombre de la instalación desde la cual se está haciendo la solicitud de la prueba.
 - 3.1.9. **Teléfono:** Celular o residencial para poder localizar la Instalación de salud.
 - 3.1.10. **Lugares visitados los últimos tres meses:** colocar los lugares que el paciente visitó en los últimos tres meses (previo al inicio de síntomas).
 - 3.1.11. **Tiempo de evolución de la lesión (es) en días:** colocar el tiempo de evolución en días de las lesiones del paciente (utilizar la de menor tiempo de evolución).
 - 3.1.12. **Número de lesiones:** colocar el total de lesiones que tiene el paciente.
 - 3.1.13. **Tamaño de la lesión:** colocar el diámetro horizontal y verticalmente de la lesión elegida para la toma de muestra, por ejemplo 3.0 x 2.3 cm.
 - 3.1.14. **Apariencia general de la lesión (es):** describir la apariencia de la lesión elegida para la toma de la muestra.
 - 3.1.15. **Historia Clínica:** colocar la historia clínica (signos y síntomas) del paciente.
- 3.2. **Pruebas solicitadas:**
- 3.2.1. **Lesiones / ubicación:** colocar al lado de cada número de lesiones (1, 2, 3, o 4) el número correspondiente de la ubicación anatómica señalada en el esquema anatómico inferior al recuadro de pruebas solicitadas.
Ejemplo: 1 / 2: lesión 1 ubicada en el área anatómica izquierda frontal de la cabeza.
 - 3.2.2. **Tipo de Muestra:** seleccionar con un ✓ el tipo de muestra que se le toma al paciente (raspado, biopsia cutánea, biopsia mucocutánea, hisopado nasal, aspirado u otros).
 - 3.2.3. **Pruebas Solicitadas:** seleccionar con un ✓ la prueba que solicita para el análisis de la muestra (frotis, cultivo, PCR).
- 3.3. **Señale y numere la ubicación de la(s) lesión (es):** señalar en el diagrama la ubicación de las lesiones en el paciente, siguiendo el ejemplo anterior.

	Elaborado por	Revisión	Aprobación
Nombre	Equipo de Trabajo del DIP	Licda. K. Luque / Licda. J. Martínez / Licda. A. Reina	Dr. José Calzada
Cargo	Equipo de Trabajo del DIP	UGC / DIP	Jefe del Departamento de Investigación en Parasitología

	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud	GCD-IDIP-02
	Instructivo para Llenado del Formulario de Solicitud de Exámenes de Leishmaniasis	Versión: 03
		Vigencia: 03-01-2023



- 3.3.1. **Nombre de quien tomó la muestra:** colocar el nombre de la persona quién toma la muestra del paciente.
- 3.3.2. **Firma del responsable de la toma de muestra:** se debe colocar la firma de la persona que toma la muestra al paciente.
- 3.3.3. **Fecha de toma de muestra:** colocar la fecha de la toma de la muestra del paciente en el formato día/mes/año.
- 3.3.4. **Hora de toma de muestra:** colocar la hora de la toma la muestra del paciente.
- 3.3.5. **Firma y sello del médico solicitante:** Al finalizar el llenado de la solicitud, el personal solicitante, debe proveer la firma y sello.

NOTA 1: El recuadro inferior de “Solo para uso de Recepción y Toma de Muestras” no se debe llenar, ya que será completado por el personal de recepción de muestras. Al llegar al laboratorio deben anotar la fecha, hora de recibo de muestra, temperatura (cuando aplique) y el nombre de quien recibe la(s) muestra(s).

NOTA 2: El recuadro inferior de “Solo para uso del Departamento de Investigación en Parasitología”, no se debe llenar, ya que será completado por personal del Departamento.