



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
HOSPITAL LA INMACULADA
04600 HUÉRCAL-OVERA (ALMERÍA)

SERVICIO DE LABORATORIOS CLÍNICOS
Teléfonos: 950029263/64

NO ESCRIBIR
EN ESTE ESPACIO

00 0000

PACIENTE

INSTRUCCIONES

- Cada médico debe tener asignado un código médico. Solicítelo en la Secretaría del Servicio de Laboratorios Clínicos, es imprescindible para procesar su petición.
- Rellenar con tinta azul o negra.

- NO DOBLAR.- NO MANCHAR.
- NO ESCRIBIR EN ROJO.

MAL

BIEN

DATOS ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (MARCAR SOLO UNO)

- ☐ Abdomen agudo
- ☐ Aborto
- ☐ ACV
- ☐ Amigdalitis aguda
- ☐ Anemia
- ☐ Angor
- ☐ Arritmia
- ☐ Ascitis
- ☐ Colecistitis
- ☐ Colelitiasis
- ☐ Col. Nefrítico
- ☐ Derrame Pleural
- ☐ Deshidratación
- ☐ Diabetes
- ☐ Dolor Abdominal
- ☐ Enf. Tromboembólica
- ☐ EPOC
- ☐ Gastroenteritis
- ☐ Glomerulonefritis
- ☐ Hemorrag. Digest. alta
- ☐ Hepatitis
- ☐ HTA
- ☐ Ictericia
- ☐ Infarto de Miocardio
- ☐ Insuficiencia Cardíaca
- ☐ Insuficiencia Renal
- ☐ Insuficiencia Respiratoria
- ☐ Infección Urinaria
- ☐ Meningitis
- ☐ Metrorragia
- ☐ Neoplasia Digestiva
- ☐ Neoplasia Mama
- ☐ Neoplasia Próstata
- ☐ Neoplasia Pulmón
- ☐ Neumonía
- ☐ Pankreatitis
- ☐ Pericarditis
- ☐ Preoperatorio
- ☐ Rectorragia
- ☐ Síndrome Febril
- ☐ Síndrome Nefrótico
- ☐ TBC
- ☐ Traum. C. Encéfalo

Otros:

AL ESCRIBIR
NO SOBREPASAR
EL RECUADRO

DATOS DEL PACIENTE (Ó ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN)

APELLIDO 1.º:

APELLIDO 2.º: ☐ Hombre

NOMBRE: ☐ Mujer

Nº Hª Cª: Edad:

Nº Seg. Soc.: Nº T.A.S.S.:

Fecha de Solicitud:

Firma del Médico:

AL ESCRIBIR
NO SOBREPASAR
EL RECUADRO

Código Médico

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

ORIGEN DE LA PETICIÓN Y DESTINO DE RESULTADOS

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Bronoscopias | ☐ C.E. Nefrología | ☐ C.E. Traumatología |
| ☐ C.E. Anestesia | ☐ C.E. Neumología | ☐ Traumatología: Yesos |
| ☐ C.E. Cardiología | ☐ C.E. Obstetricia | ☐ C.E. Urología 1 |
| ☐ C.E. Cirugía General | ☐ C.E. Oftalmología 1 | ☐ C.E. Urología 2 |
| ☐ C.E. Cuidados Paliativos | ☐ C.E. Oftalmología 2 | ☐ Urología: Pruebas Especiales |
| ☐ C.E. Dermatología | ☐ Oftalmolog.: P. Especiales | ☐ Ecocardiografía |
| ☐ C.E. Digestivo | ☐ C.E. Oncología Ginecológica | ☐ Endoscopias |
| ☐ C.E. Ginecología | ☐ C.E. Otorrinolaringología 1 | ☐ Hospital de Día |
| ☐ C.E. Hematología | ☐ C.E. Otorrinolaringología 2 | ☐ Medicina Preventiva |
| ☐ C.E. Medic. Interna 1 | ☐ C.E. Pediatría | ☐ Paritorio |
| ☐ C.E. Medic. Interna 2 | ☐ C.E. Reproducción Asistida | ☐ Quirófanos |
- Otros Orígenes/
Enviar Copia a:

Radiodiagnóstico

Reanimación

Rehabilitación

UCI

Urgencias: Boxes

Urgencias: Observación

Centro de Diálisis

Centro de Salud Mental
de Albox

Centro de Salud Mental
de Huércal-Overa

HABITACIÓN Y CAMA

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

AL ESCRIBIR NO SOBREPASAR EL RECUADRO

HEMATOLOGÍA

- ☐ M H HEMOGRAMA ☐ A TP T. PROTROMBINA ☐ A TTPA APTT

AL ESCRIBIR NO SOBREPASAR EL RECUADRO

BIOQUÍMICA EN SANGRE

- | | |
|--|---|
| ☐ R GLUC GLUCOSA | ☐ R CK CK |
| ☐ R UREA UREA | ☐ R CKMB CK-MB |
| ☐ R UART UREA ARTERIAL 1 (DIALISIS) | ☐ R TROP TROPONINA |
| ☐ R UPER UREA ARTERIAL 2 (DIALISIS) | ☐ R LDH LDH |
| ☐ R UVEN UREA VENOSA (DIALISIS) | ☐ R I IONES (Na y K) |
| ☐ R UPOS UREA POSTDIALISIS (DIALISIS) | ☐ R PCR PROTEÍNA C REACTIVA |
| ☐ R CREA CREATININA | ☐ J GASA GASOMETRIA ARTERIAL |
| ☐ R BILT BILIRRUBINA TOTAL | ☐ J GASV GASOMETRIA VENOSA |
| ☐ R BILP BILIRRUBINA RECIENTES | |
| ☐ R AMIL AMILASA | |

AL ESCRIBIR NO SOBREPASAR EL RECUADRO

ORINAS

Fecha de la extracción:

Extracción realizada por:
(Nombre y Firma)

- ☐ KO O ANORMALES Y SEDIMENTO
☐ FO TGES TEST DE GESTACIÓN

LÍQUIDOS BIOLÓGICOS

- ☐ T LCR LCR (Células, Glucosa y Proteínas)
LÍQUIDO:

MICROBIOLOGÍA

Tratamiento antibiótico SÍ ☐ NO ☐

Cual

Tipo de muestra

Procedimiento de Obtención

- | | |
|--|--|
| ☐ FH HEMO Hemocultivo adultos | ☐ FH HEMC Hemocultivo niños |
| ☐ T CLCE Cultivo LCR | ☐ FO CORI Cultivo de orina |

NOTA: Enviar un volante por cada una de las muestras.
AL ESCRIBIR NO SOBREPASAR EL RECUADRO