



SOLICITUD DE BÚSQUEDA DE *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*.

DATOS FILIATORIOS.

Nombre y Apellido:	DNI:	
Edad:	Sexo:	Teléfono:
		Domicilio:
Hospital:		
Servicio:		

MOTIVO DE LA SOLICITUD.

Contacto		Días desde el contacto		¿Cuál/es?
Sintomático		Días de evolución		
Gesta				
Control ginecológico				

● **Otro motivo de solicitud:**

● **Antecedentes de ITS:**

Fecha:

● **Antibióticos previos (SI/NO):** ¿Cuál/es?:

Duración (días):

TRATAMIENTO.

Antibiótico	Dosis	Duración (días)
Ceftriaxona	125mg / 250mg / 500mg	
Azitromicina	1g / 2g	
Otro:		

Observaciones:

Firma y sello del médico/a:

E-mail:

DATOS DE LA MUESTRA.

N° de protocolo interno del laboratorio:

Orina (primer chorro).		Fecha:	
Hisopado uretral.		Fecha:	
Hisopado endo y exocervical.		Fecha:	

Fecha de derivación de la muestra:

Firma y sello del Bioquímico/a:

E-mail:

