



## SOLICITUD DE ANÁLISIS DE LABORATORIO

NOMBRE(S) Y APELLIDOS:..... EDAD: ..... SEXO: ☐ M ☐ F DNI:.....

SERVICIO:..... N° HISTORIA CLÍNICA: ..... EMERGENCIA: ☐ HOSPITALIZACIÓN: ☐

CONSULTA EXTERNA: ☐

FECHA: .....

HEMATOLOGÍA	
Hemograma completo	
Hematocrito	
Plaquetas	
Recuento reticulocitos	
Velocidad de sedimentación globular	
Grupo sanguíneo y factor Rh	
PERFIL DE COAGULACIÓN	
Tiempo de Coagulación	
Tiempo de sangría	
PARASITOLOGÍA	
Examen seriado de heces	
Test de Graham	
Reacción inflamatoria	
Coprofuncional	
MICROBIOLOGÍA	
Gota Gruesa/Frotis Sanguíneo (Malaria / Enfermedad de Carrión)	
Frotis o raspado de lesión ulcerativa (Leishmaniasis)	
Baciloscopia /Examen de esputo(Tbc)	

INMUNOSEROLOGÍA		BIOQUÍMICA	
Sífilis - RPR		Glucosa	
Sífilis - VDRL		Ácido úrico	
VIH		Amilasa	
Hepatitis B		PERFIL LIPÍDICO	
Hepatitis A		Colesterol	
Aglutinaciones tíficas		Triglicéridos	
Test Rosa de bengala-Brucella		HDL - Colesterol	
Factor Rematoideo		LDL - Colesterol	
Proteína C Reactiva		VLDL - Colesterol	
Test de Embarazo (Tira Reactiva)		PERFIL HEPÁTICO	
PSA (Prueba rápida)		Bilirrubina Total y Fraccionada	
UROANÁLISIS		Fosfatasa Alcalina	
Examen completo de orina		TGO	
Proteínas en orina simple		TGP	
CITOLOGÍA CERVICO UTERINO		PERFIL RENAL	
Papanicolaou		Creatinina	
Otros:		Urea	



## SOLICITUD DE ANÁLISIS DE LABORATORIO

NOMBRE(S) Y APELLIDOS:..... EDAD: ..... SEXO: ☐ M ☐ F DNI:.....

SERVICIO:..... N° HISTORIA CLÍNICA: ..... EMERGENCIA: ☐ HOSPITALIZACIÓN: ☐

CONSULTA EXTERNA: ☐

FECHA: .....

HEMATOLOGÍA	
Hemograma completo	
Hematocrito	
Plaquetas	
Recuento reticulocitos	
Velocidad de sedimentación globular	
Grupo sanguíneo y factor Rh	
PERFIL DE COAGULACIÓN	
Tiempo de Coagulación	
Tiempo de sangría	
PARASITOLOGÍA	
Examen seriado de heces	
Test de Graham	
Reacción inflamatoria	
Coprofuncional	
MICROBIOLOGÍA	
Gota Gruesa/Frotis Sanguíneo (Malaria / Enfermedad de Carrión)	
Frotis o raspado de lesión ulcerativa (Leishmaniasis)	
Baciloscopia /Examen de esputo(Tbc)	

INMUNOSEROLOGÍA		BIOQUÍMICA	
Sífilis - RPR		Glucosa	
Sífilis - VDRL		Ácido úrico	
VIH		Amilasa	
Hepatitis B		PERFIL LIPÍDICO	
Hepatitis A		Colesterol	
Aglutinaciones tíficas		Triglicéridos	
Test Rosa de bengala-Brucella		HDL - Colesterol	
Factor Rematoideo		LDL - Colesterol	
Proteína C Reactiva		VLDL - Colesterol	
Test de Embarazo (Tira Reactiva)		PERFIL HEPÁTICO	
PSA (Prueba rápida)		Bilirrubina Total y Fraccionada	
UROANÁLISIS		Fosfatasa Alcalina	
Examen completo de orina		TGO	
Proteínas en orina simple		TGP	
CITOLOGÍA CERVICO UTERINO		PERFIL RENAL	
Papanicolaou		Creatinina	
Otros:		Urea	



## LABORATORIO

Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_ Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_ SIS: \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

Solicita: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

### HEMATOLOGÍA

Hemograma de SCHILLING N y F ☐

Hemáties	mm <sup>3</sup> VN (4'200,00 - 6,200 00 mm <sup>3</sup> )	Hemoglobina	<input type="checkbox"/> _____ g/dl
Leucocitos	mm <sup>3</sup> VN (5,000 10,000 mm <sup>3</sup> )	Hematocrito	<input type="checkbox"/> _____ %
Abastados	% VN (0 - 3%)	V.S.G.	<input type="checkbox"/> _____ mm <sup>3</sup> / 60 min
Segmentados	% VN (54 - 62%)	T <sup>o</sup> Sang.	<input type="checkbox"/> _____ min _____ Seg
Eosinófilos	% VN (0.0 - 5.0%)	T <sup>o</sup> Coag	<input type="checkbox"/> _____ min _____ Seg
Basófilos	% VN (0 a 1%)	Plaquetas	<input type="checkbox"/> _____ mm <sup>3</sup>
Linfocitos	% VN (30 - 38%)	T. Protombina	<input type="checkbox"/> _____ Seg
Monocitos	% VN (0 - 4%)	TTPA	<input type="checkbox"/> _____ Seg
Comentarios	_____	Test de Coombs	<input type="checkbox"/> _____
		Grupo Sanguíneo	<input type="checkbox"/> _____ Rh <input type="checkbox"/> _____
		Reticulocitos	<input type="checkbox"/> _____ (0.5 - 1.5%)

### BIOQUÍMICA

Glucosa	_____ VN (70 - 110 mg/dl)	Ácido Úrico	<input type="checkbox"/> _____ (35-70 mg%)
Urea	_____ VN (20 - 40 mg/dl)	Cálcio	<input type="checkbox"/> _____ (8.5-40.5 mg%)
Creatinina	_____ VN (0.8 - 1.4 mg/dl)	Fost Alcalina	<input type="checkbox"/> _____ (68-240 U/l)
Bilirrubinas <input type="checkbox"/>	_____	Fost Ácida	<input type="checkbox"/> _____ (0.8-9.0 U/l)
Total	_____ VN (<1.0 mg%)	Triglicéridos	<input type="checkbox"/> _____ (135 - 165 mg%)
Directa	_____ VN (<0.2 mg%)	Colesterol	<input type="checkbox"/> _____ (<200 mg%)
Indirecta	_____ VN (<0.8 - 1.4 mg%)	HDL	<input type="checkbox"/> _____ (>35mg%)
Proteínas <input type="checkbox"/>	_____	LDL	<input type="checkbox"/> _____ (<140 mg%)
Total	_____ VN (6.1 - 7.9gr/dl)	Amilasas	<input type="checkbox"/> _____ (<120 UA/dl)
Albumina	_____ VN (3.5 - 4.8gr/dl)	Proteínas 24h	<input type="checkbox"/> _____ (<150 mg%)
Globulina	_____ VN (2.6 - 3.1gr/dl)		
Transaminasas <input type="checkbox"/>	_____		
GOT	_____ VN (<12 u/l)		
GPT	_____ VN (<12 u/l)		

FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

RESPONSABLE \_\_\_\_\_



## INFORME DE DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO



NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

HCL: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

Muestra enviada: Frotis Cervico Uterino

### 1. CALIDAD DE LA MUESTRA

☐ Frotis Satisfactorio

☐ Frotis Insatisfactorio

### 2. DIAGNOSTICO GENERAL

☐ NEGATIVO PARA CÉLULAS NEOPLÁSICAS

☐ CAMBIOS CELULARES BENIGNOS

☐ ANORMALIDADES EN CÉLULAS EPITELIALES

### 2. DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO

ANORMALIDADES EN CÉLULAS EPITELIALES  
CÉLULAS ESCAMOSAS

☐ Células Escamosas Atípicas de Significado indeterminado (ASCUS)

☐ Células Escamosas Atípicas de es posible descartar LEI - AG (ASC-H)

☐ Lesión Escamosa Intraepitelial de BAJO GRADO (HPV, Displasia leve)

☐ Lesión Escamosa Intraepitelial de ALTO GRADO (Displasia Moderada, Displasia Severa, Carcinoma in situ)

Carcinoma de Células Escamosas (Tipo) \_\_\_\_\_

### CÉLULAS GLANDULARES.

☐ Células Endometriales, Benignas de Tipos Epitelial, en mujer Post-menopáusica

☐ Células Endometriales, Benignas de Tipo Estromal.

☐ Adenocarcinoma (Tipo) \_\_\_\_\_

### 4. CAMBIOS CELULARES BENIGNOS

INFECCIÓN;

☐ Presencia de Tricomonas Vaginales.

☐ Organismos Micóticos morfológicamente compatibles con Candida sp.

☐ Cambios celulares asociados con Herpes Simples.

☐ Bacterias morfológicamente compatibles con Actinomicas

☐ Cambio en la Flora Vaginal sugerente de Vaginitis bacteriana

☐ Otros: \_\_\_\_\_

### 5. CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS CON:

☐ Inflamación.

☐ Reparación.

☐ Atrofia con Inflamación.

☐ Atrofia sin Inflamación.

☐ Radiación.

☐ DIU.

☐ Otros: \_\_\_\_\_

### CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Firma y sello:



# RESULTADO DE TAMIZAJE DE PSA - T

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA  
DIRECCIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA  
LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN Y PREVENCIÓN DE CÁNCER



## INFORME DE LABORATORIO

### DETECCIÓN DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO - TOTAL (PSA-T)

Código de Laboratorio

#### I. DATOS DEL SOLICITANTE:

Establecimiento de Salud :

DNI Paciente :

Apellidos y Nombres:

Edad:

Sexo:

#### II. DATOS DE LA MUESTRA:

Tipo de Muestra:

SUERO

Fecha de Toma de Muestra:

#### III. RESULTADO:

Fecha:

Valor de PSA Total:

Valor Normal:

\_\_\_\_\_ ng/mL  
≤ 4.00 ng/mL

Método:

Inmunoensayo  
enzimático de  
absorción (ELISA)

**FORMULARIO**

FOR-LRSP-SI

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA TAMIZAJE DE  
ANTÍGENO PROSTATICO ESPECIFICO TOTAL (PSA-T)**

Edición N° 02

Código: P S A -

Fecha de recepción

**1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

Nombre del EESS:

Provincia:

**2. DATOS DEL PACIENTE:**

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

edad:

N° de celular:

Dirección:

**3. CRITERIOS PREANALÍTICOS:**

Fecha de Obtención:

/ /

Fecha de Envío al LRR:

/ /

Ayuno:

SI ☐NO ☐

Abstinencia Sexual (mínimo 2 días):

SI ☐NO ☐Tacto Rectal (en los  
últimos 10 días)SI ☐NO ☐

Infección Urinaria (última semana)

SI ☐NO ☐

Dificultad al Orinar:

SI ☐NO ☐

Dolor en Ingle o Genitales:

SI ☐NO ☐Otra Molestia (a  
nivel de tracto  
genitourinario):

Consumo de medicamentos:

SI ☐NO ☐

Indique el medicamento

**4. CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Al firmar la presente ficha reconozco que se me han explicado que los datos arriba proporcionados son estrictamente confidenciales y para uso de la investigación clínica epidemiológica en la que acepto participar de forma voluntaria. Si no deseo participar no tengo obligación de hacerlo. También se me ha dicho que las muestras servirán para realizar otros estudios que contribuyan a la búsqueda de agentes etiológicos u otros de interés de los investigadores.

FIRMA

DNI:.....

Huella Digital

**FIRMA Y SELLO**  
(Personal de Laboratorio)**FIRMA Y SELLO**  
(Médico solicitante)



MINISTERIO DE SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
CENTRO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
LABORATORIO DE REFERENCIA REGIONAL EN SALUD PÚBLICA  
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO



ORDEN DE LABORATORIO DE PRUEBAS  
DE MONITOREO PARA Cd4 Y CV EN PVVIH

Código Netlab: \_\_\_\_\_

I. Del Establecimiento de Salud:

- DIRESA / GERESA: \_\_\_\_\_
- Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_

II. Del paciente:

- Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_
- DNI / CE: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Gestante: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Semana de gestación: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Adolescente: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Niño: \_\_\_\_/\_\_\_\_
- PG: \_\_\_\_/\_\_\_\_ TS: \_\_\_\_/\_\_\_\_ HSH: \_\_\_\_/\_\_\_\_ PPL: \_\_\_\_/\_\_\_\_ TRANS: \_\_\_\_/\_\_\_\_
- Indígena amazónico: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Extranjero: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_
- Tipo de seguro SIS: \_\_\_\_/\_\_\_\_ EsSalud: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

III. Prueba solicitada:

- Recuento de linfocitos CD4/CD8/CD3 por citometría de flujo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Determinación de carga viral para VIH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IV. Motivo de solicitud:

- Fecha de solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Paciente recién diagnosticado: \_\_\_\_/\_\_\_\_
- Seguimiento y evaluación para inicio TAR: \_\_\_\_/\_\_\_\_
- Reingreso para inicio de TAR: \_\_\_\_/\_\_\_\_
- Control periódico con TAR: \_\_\_\_/\_\_\_\_
- FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

IV. Motivo de solicitud:

- Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

VI. Resultados:

RECuento de Linfocitos T por Citometría de Flujo				CARGA VIRAL VIH	
Cd4	CD8	CD3	R	cp/ml	Log 10
FECHA:					

VII. Recepción Laresa:

- Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Nota: La muestra debe de ser tomada en dos tubos con EDTA uno 3 mil y el otro 6 mil