

## ORDEN DE LABORATORIO

### PRIMERA BATERIA

A y N: \_\_\_\_\_

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

Dx: GESTANTE DE \_\_\_\_\_ ss

Rp: Se solicita Exámenes de Laboratorio

- Hemoglobina - Hematocrito
- Grupo y Factor Rh
- Glucosa
- Examen Completo de Orina

P.R. VIH		P.R. SIFILIS	
Reactivo	No Reactivo	Positivo	Negativo

FIRMA Y SELLO  
OBSTETRA

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

## ORDEN DE LABORATORIO

### SEGUNDA BATERIA

A y N: \_\_\_\_\_

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

Dx: GESTANTE DE \_\_\_\_\_ ss

Rp: Se solicita Exámenes de Laboratorio

- Hemoglobina - Hematocrito
- Grupo y Factor Rh
- Glucosa
- Examen Completo de Orina

FIRMA Y SELLO  
OBSTETRA

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

## ANÁLISIS CLÍNICO

PACIENTE:	EDAD:
SERVICIO:	FECHA:

### HEMATOLOGIA

HEMOGLOBINA:	gr/dl	TIEMPO de COAGULACIÓN:
HEMATOCRITO:	%	TIEMPO de SANGRIA:
HEMATIES:	mm <sup>3</sup>	GRUPO SANGUINEO:
LEUCOCITOS:	mm <sup>3</sup>	FACTOR RH:
PLAQUETAS:	mm <sup>3</sup>	VCM:
ABASTONADO	SEGMENTADO	HCM:
ESMOFLO	BASOFILO	CHCM:
MONOCITO	LYMFOCITO	VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR:
%	%	GOTA GRUESA:
OBSERVACIONES:		

### BIOQUIMICA

ANÁLISIS	RESULTADO	VALORES NORMALES
GLUCOSA:		70-110 mg/dl
UREA:		20-45 mg/dl
CREATININA:		0.7-1.4 mg/dl
COLESTEROL TOTAL:		menor a 200 mg/dl
HDL COLESTEROL:		30-85 mg/dl
LDL COLESTEROL:		menor de 129 mg/dl
TRIGLICERIDOS:		35-165 mg/dl
PROTEINAS TOTALES:		5.1-7.9 gr/dl
ALBUMINIA:		3.5-4.8 gr/dl
GLOBULINA:		1.6-3.1 gr/dl
BILIRRUBINA TOTAL:		hasta 1 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA:		hasta 0.20 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA:		hasta 0.80 mg/dl
TRANSAMINASA PIRUVICA		hasta 12 U/L
TRANSAMINASA OXACETICA		hasta 12 U/L
FOSFATASA ALCALINA:		68-240 U/L
ACIDO URICO:		Hombre: 2.5-6.0 mg/dl mujer: 2.0-5.0 mg/dl
OBSERVACIONES:		

### AGLUTINACIONES

TIFICO	O:		
TIFICO	H:		
PARATIFICO	A:		
PARATIFICO	B:		
BRUCELAS:			

## INMUNOLOGIA

RPR:	Antistreptolisisina (ASO):
HIV (PRUEBA RAPIDA):	FACTOR REUMATOIDE(FT)
PRUEBA DEL EMBARAZO:	PROTEINA "C" REACTIVA (PCR)

### UROANÁLISIS (EXAMEN COMPLETO DE ORINA)

EXAMEN FÍSICO-BIOQUIMICO:	
COLOR:	GLUCOSA:
ASPECTO:	LEUCOCITOS:
DENSIDAD:	NITRITOS:
PH:	PROTEINAS:
ACIDO ASCORBICO:	SANGRE:
BILIRRUBINA:	UROBILINOGENO:
CETONAS:	
EXAMEN MICROSCOPICO:	
CELULAS EPITELIALES:	HIFAS:
LEUCOCITOS:	PSEUDOHIFAS:
HEMATIES:	CRISTALES:
GERMENES:	CILINDROS:
PIOCITOS:	OTROS:
LEVADURAS:	

### PROTEINURIA CUALITATIVA:

TEST DE HELECHO:	
------------------	--

### PARASITOLOGIA

EXAMEN PARASITOLOGICO SERIADO:	REACCIÓN INFLAMATORIA:
Mx N° 1 COLOR:	ASPECTO:
Mx N° 2 COLOR:	ASPECTO:
Mx N° 3 COLOR:	ASPECTO:
RESULTADO:	PMN: % MMN: %
	OBSERVACIONES:

EXAMEN PARASITOLOGICO SIMPLE:	
COLOR:	ASPECTO:
	RESULTADO:


## INDICACIONES

## MUESTRA DE SANGRE

- ✓ Venir en Ayunas (mínimo 8 horas)

## MUESTRA DE ORINA

- ✓ En un frasco limpio o estéril de plástico llenar la primera orina de la mañana (previa higiene y el primer chorro de orina al wáter, el resto por lo menos la mitad del frasco)

## HORARIO DE TOMA DE MUESTRA:

LUNES A SABADO : 7 am a 9 am

## INDICACIONES

## MUESTRA DE SANGRE

- ✓ Venir en Ayunas (mínimo 8 horas)

## MUESTRA DE ORINA

- ✓ En un frasco limpio o estéril de plástico llenar la primera orina de la mañana (previa higiene y el primer chorro de orina al wáter, el resto por lo menos la mitad del frasco)

## HORARIO DE TOMA DE MUESTRA:

LUNES A SABADO : 7 am a 9 am

+

## ANÁLISIS CLÍNICO

PACIENTE:		EDAD:	
SERVICIO:		FECHA:	
<b>HEMATOLOGIA</b>			
HEMOGLOBINA:	gr/dl	TIEMPO de COAGULACIÓN:	
HEMATOCRITO:	%	TIEMPO de SANGRIA:	
HEMATIES:	mm <sup>3</sup>	GRUPO SANGUINEO:	
LEUCOCITOS:	mm <sup>3</sup>	FACTOR RH:	
PLAQUETAS:	mm <sup>3</sup>	VCN:	
ABASTONADO	SEGMENTADO	ESINOFILO	BASOFILO
%	%	%	%
OBSERVACIONES:		VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR: mm/hora	
		GOTA GRUESA:	

## BIOQUIMICA

ANALISIS	RESULTADO	VALORES NORMALES
GLUCOSA:		70-110 mg/dl
UREA:		20-45 mg/dl
CREATININA:		0.7-1.4 mg/dl
COLESTEROL TOTAL:		menor a 200 mg/dl
HDL COLESTEROL:		30-85 mg/dl
LDL COLESTEROL:		menor de 129 mg/dl
TRIGLICERIDOS:		35-165 mg/dl
PROTEINAS TOTALES:		5.1-7.9 gr/dl
ALBUMANIA:		3.5-4.8 gr/dl
GLOBULINA:		1.6-3.1 gr/dl
BILIRRUBINA TOTAL:		hasta 1 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA:		hasta 0.20 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA:		hasta 0.80 mg/dl
TRANSAMINSA PIRUVICA		hasta 12 U/L
TRANSAMINSA OXACETICA		hasta 12 U/L
FOSFATASA ALCALINA:		68 - 240 U/L
ACIDO URICO:		Hombre: 2.5-6.0 mg/dl mujer: 2.0-5.0 mg/dl
OBSERVACIONES:		

## AGLUTINACIONES

TIFICO	O:		
TIFICO	H:		
PARATIFICO	A:		
PARATIFICO	B:		
BRUCELAS:			

## INMÚNOLOGIA

RPR:	Anticuerpos (ASO):
HIV (PRUEBA RAPIDA):	FACTOR REUMATOIDE (RF):
PRUEBA DEL EMBARAZO:	PROTEINA "C" REACTIVA (PCR):

## UROANÁLISIS (EXAMEN COMPLETO DE ORINA)

<b>EXAMEN FÍSICO-BIOQUÍMICO:</b>	
COLOR:	GLUCOSA:
ASPECTO:	LEUCOCITOS:
DENSIDAD:	NITRITOS:
PH:	PROTEINAS:
ACIDO ASCORBICO:	SANGRE:
BILIRRUBINA:	UROBILINOGENO:
CETONAS:	
EXAMEN MICROSCÓPICO:	
CELULAS EPITELIALES:	HIFAS:
LEUCOCITOS:	PSEUDOHIFAS:
HEMATIES:	CRISTALES:
GERMENES:	CILINDROS:
PIOCITOS:	OTROS:
LEVADURAS:	

## PROTEINURIA CUALITATIVA:

TEST DE HELECHO:	
------------------	--

## PARASITOLOGIA

<b>EXAMEN PARASITOLÓGICO SERIADO:</b>		<b>REACCIÓN INFLAMATORIA:</b>	
Mx N° 1 COLOR:	ASPECTO:	LEUCOCITOS:	
Mx N° 2 COLOR:	ASPECTO:	HEMATIES:	
Mx N° 3 COLOR:	ASPECTO:	MOCO:	
RESULTADO:		PMN: %	MMN: %
		OBSERVACIONES:	
<b>EXAMEN PARASITOLÓGICO SIMPLE:</b>			
COLOR:	ASPECTO:	RESULTADO:	

VISITA DOMICILIARIA PARA 2do PLAN DE PARTO

FECHA:.....

NOMBRES Y APELLIDOS: .....

HCL:..... DNI:..... EDAD:.....

DIRECCIÓN:.....

MOTIVO DE VISITA:.....

.....

INFORME DE VISITA:.....

.....

.....

.....

ACUERDOS:.....

.....



FIRMA DEL PACIENTE

Huella

FIRMA DE RESPONSABLE

VISITA DOMICILIARIA PARA 3er PLAN DE PARTO

FECHA:.....

NOMBRES Y APELLIDOS: .....

HCL:..... DNI:..... EDAD:.....

DIRECCIÓN:.....

MOTIVO DE VISITA:.....

.....

INFORME DE VISITA:.....

.....

.....

.....

ACUERDOS:.....

.....



FIRMA DEL PACIENTE

Huella

FIRMA DE RESPONSABLE

VISITA DOMICILIARÍA PARA SEGUIMIENTO

FECHA:.....

NOMBRES Y APELLIDOS: .....

HCL:..... DNI:..... EDAD:.....

DIRECCIÓN:.....

MOTIVO DE VISITA:.....

INFORME DE VISITA:.....

ACUERDOS:.....



FIRMA DEL PACIENTE

Huella

FIRMA DE RESPONSABLE

VISITA DOMICILIARÍA PARA SEGUIMIENTO

FECHA:.....

NOMBRES Y APELLIDOS: .....

HCL:..... DNI:..... EDAD:.....

DIRECCIÓN:.....

MOTIVO DE VISITA:.....

INFORME DE VISITA:.....

ACUERDOS:.....



FIRMA DEL PACIENTE

Huella

FIRMA DE RESPONSABLE