



ANEXO I

| | |
|---|-------------------|
| TALON PARA EL LABORATORIO QUE REMITE | |
| Apellido: Nombres: DNI: | |
| Apellido y nombre del responsable del transporte: | |
| Fecha: .../.../..... | N° 0000000 |
| MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PROVINCIA DE SALTA | |
| N° 0000000 | |
| BOLETA DE REMISIÓN DE MUESTRA PARA VIRUS RESPIRATORIOS | |
| Establecimiento: Ciudad: | |
| 1.- DATOS DEL PACIENTE | |
| Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Ambulatorio: <input type="checkbox"/> | |
| Apellido: Nombres: Edad: DNI: | |
| Domicilio real: Teléfono: | |
| Fecha inicio síntomas...../...../..... Fecha toma muestra...../...../..... Vacuna influenza <input type="checkbox"/> | |
| Fecha: .../.../..... | |
| 2.- ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS | |
| - Tiene antecedentes de viaje en los 7 días antes del inicio de los síntomas a una ciudad o territorio que ha reportado brotes de influenza? <input type="checkbox"/> | |
| Lugar visitado: País: | |
| - Ha tenido contacto con una persona con influenza? <input type="checkbox"/> | |
| - Ha tenido contacto con una persona con muerte inexplicable? <input type="checkbox"/> | |
| 3.- SÍNTOMAS CLÍNICOS: | |
| Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Rinorrea <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> | |
| Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | |
| Especificar: | |
| Evolución: Impresión diagnóstica: | |
| | |
| 4.- MUESTRA | |
| Aspirado nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Hisopado faríngeo <input type="checkbox"/> Hisopado nasal <input type="checkbox"/> | |
| Observaciones: | |
| Fecha...../...../..... | |
| Firma y sello | |