



República de El Salvador
SISTEMA NACIONAL DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE EXAMEN POR ENFERMEDAD OBJETO DE VIGILANCIA SANITARIA (VIGEPES-02)

1. Nombre del establecimiento:				2. Fecha de consulta:		
3. No. Expediente/ No. de Afiliación:				4. No. DUI o pasaporte:		
5. Edad:	Años	Mes	Día	6. Sexo:	Masc.	Fem.
7. Apellidos				Nombres (Letra Molde)		
8. Nombre de responsable si es menor de edad:						
9. Dirección Completa:				/	Departamento	/
						Municipio
10. Embarazada: Si		No		11. Semanas de Amenorrea:		
12. Diagnóstico clínico/ sospecha diagnóstica:						
13. Fecha de Inicio de Sintoma:			/	/	14. Condición: Vivo	
					Muerto	
15. Fecha de defunción:			/	/	16. Nombre del médico que notifica:	

USO EXCLUSIVO DEL NIVEL LOCAL QUE COLECTA MUESTRA

No. ID VIGEPES:

Nombre del establecimiento:				Fecha: / /		
Tipo de Vigilancia: Por enfermedad Objeto de Vigilancia		Vigilancia Cetinela Integral		Brote		Otro
Tipo de Muestra: Sangre	Suero	Orina	Heces	LCR	Hisopado de la garganta	
Aspirado/hisopado nasofaríngeo		Hisopado rectal	Tejido	Otro	:	
Número de Muestra: Primera muestra		Segunda Muestra		Tercera Muestra (si se justifica)		
Motivo de análisis: Para estudio		Para confirmación		Por seguimiento de caso		Otro
Observaciones:						
Número de ID de la Muestra:		Fecha de toma de muestra:		/	/	Fecha de envió: / /

Firma y Sello del profesional de laboratorio

Sello del laboratorio

USO EXCLUSIVO DE LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA

Fecha de recepción de muestra: / /

Número de ID de la Muestra:

Fecha de procesamiento de muestra: / /

Fecha de resultados de la muestra: / /

Resultados por método utilizado:

EISA

Resultado cuantitativo:

PCR

SEROVAR REACTOR

TÍTULO

CULTIVO

SEROVAR REACTOR

TÍTULO

OTRO MÉTODO

SEROVAR REACTOR

TÍTULO

se considera Positiva una reacción 1.160 ó mayor a uno ó más de los antígenos de Leptospira. Para completar el examen serológico, debe obtenerse una SEGUNDA MUESTRA, la cual deberá examinarse dos ó tres semanas de la fecha de extracción de la primera muestra.

Resultado final de laboratorio: Negativo Positivo Intermedio Muestra inadecuada

No se recibió Muestra Muestra enviada al exterior Fecha de envió: / /

Firma y Sello del profesional de laboratorio

Sello del laboratorio