



La Dirección del Laboratorio Nacional de Salud, la sección de Micología y su personal a través del Acuerdo de Confidencialidad e imparcialidad se comprometen a proteger la información NO AUTORIZADA, RESERVADA O CONFIDENCIAL del Paciente, de acuerdo a la Ley (Constitución Política de la República de Guatemala, artículo 24 y Decreto Número 57-2008; Ley de Acceso a la Información Pública, artículos 22 y 23).

**REFERENCIA DE MUESTRAS PARA DETERMINACIÓN DE GALACTOMANANO DE
*Aspergillus spp.***

Fecha: _____

Nombre completo: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Enfermedad de base: _____

Tipo de muestra: _____

Establecimiento que refiere: _____

Factores de Riesgo (modificada de *Donnelly, et al.*): indique con una X la característica presentada por el paciente.

FACTORES DEL HUESPED	
- Neutropenia (<500 cel/mm ³ por >10 días)	
- Neoplasia Hematológica (Leucemia aguda, linfomas, MM)	
HALLAZGOS MICOLÓGICOS	
- Microscopía positiva de muestra estéril	
- Cultivo positivo de muestra estéril	

//

- El paciente recibió tratamiento antifúngico (marque con un X lo que corresponda):

SI NO

- Si su respuesta fue SI, indique cuál: _____