

Boleta de Laboratorio para Solicitud de Diagnóstico de Sífilis

I. DATOS GENERALES

Fecha de llenado de la ficha: ___/___/___

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F
Ocupación: _____
Dirección: _____
Municipio: _____
Documento de Identificación Personal –DPI: _____
Área de salud que refiere: _____ Hospital o C/S* o P/S*: _____
*C/S = Centro de Salud P/S= Puesto de Salud

II. DATOS CLÍNICOS

Fase de la Enfermedad: Primaria: ___ Secundaria: ___ Latente: ___ Terciaria: ___

En caso de ser mujer, está embarazada? Sí ___ No ___

III. DATOS DE LABORATORIO (Marcar si se realizó o no)

A) Microscopia Directa (cuando hay lesiones)

- Campo Oscuro: No ___ Sí ___ Fecha: _____ Resultado: _____
- Inmunofluorescencia directa: No ___ Sí ___ Fecha: _____ Resultado: _____

B) Pruebas No Treponémicas:

- VDRL: No ___ Sí: _____ Fecha: _____ Resultado: _____ Título _____
- RPR: No ___ Sí: _____ Fecha: _____ Resultado: _____ Título _____
- Otro: Especifique: _____ Fecha: _____ Resultado: _____

C) Pruebas Treponémicas

- Prueba Rápida: No ___ Sí: ___ Fecha: _____ Marca: _____ Resultado _____
- Otro: Especifique: _____ Fecha: _____ Resultado _____

D) Detección de Antígenos / Anticuerpos

- ELISA: No ___ Sí: _____ Fecha: _____
Tipo de ELISA: Ag: ___ IgM: ___ IgG: ___ IgG e IgM: ___ Resultado: _____
- Otro: Especifique: _____ Fecha: _____ Resultado: _____

CONCLUSIÓN: _____

Fecha de Toma de muestra Referida al LNS: ___/___/___

Nombre del responsable: _____ **Cargo:** _____

Correo electrónico para envío de resultados: _____

